

ФІЛОСОФІЯ, РЕЛІГІЯ ТА МЕДИЦИНА В СУЧАСНУ ДОБУ



збірник матеріалів
VII Міжнародної науково-практичної конференції

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О. О. БОГОМОЛЬЦЯ
Кафедра філософії, біоетики та історії медицини
ВІДДІЛЕННЯ РЕЛІГІЄЗНАВСТВА ІНСТИТУТУ ФІЛОСОФІЇ ІМЕНІ Г. С. СКОВОРОДИ НАН УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ
УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ КОМЕНСЬКОГО В БРАТИСЛАВІ (Словаччина)
ЦЕНТР РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ "HUMANUS" (Болгарія)
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА
Кафедра релігієзнавства



ФІЛОСОФІЯ, РЕЛІГІЯ ТА МЕДИЦИНА В СУЧАСНУ ДОБУ

матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції,
присвяченої пам'яті свт. Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького)

11 – 12 червня 2025 р.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О. О. БОГОМОЛЬЦЯ
Кафедра філософії, біоетики та історії медицини
ВІДДІЛЕННЯ РЕЛІГІЄЗНАВСТВА ІНСТИТУТУ ФІЛОСОФІЇ ІМЕНІ Г. С. СКОВОРОДИ НАН УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ
УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ КОМЕНСЬКОГО В БРАТИСЛАВІ (Словаччина)
ЦЕНТР РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ "HUMANUS" (Болгарія)
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА
Кафедра релігієзнавства

ФІЛОСОФІЯ, РЕЛІГІЯ ТА МЕДИЦИНА В СУЧАСНУ ДОБУ

матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції,
присвяченої пам'яті свт. Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького)

11 – 12 червня 2025 р.

Київ – 2025

УДК 2+61] (062)

Р 36

Філософія, релігія та медицина в сучасну добу: матеріали VII Міжнар. наук.-практ. конф., присвяченої пам'яті свт. Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького). – К.: НМУ ім. О. О. Богомольця, ПП “Видавництво “Фенікс””, 2025. – 332 с.

ISBN 978-617-8310-48-6

Редакційна колегія:

Кучин Юрій Леонідович – ректор НМУ ім. О. О. Богомольця, професор.

Науменко Олександр Миколайович – перший проректор з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти НМУ ім. О. О. Богомольця, професор.

Земсков Сергій Володимирович – проректор з наукової роботи та інновацій НМУ ім. О. О. Богомольця, професор.

Скрипник Рімма Леонідівна – проректор з науково-педагогічної роботи, міжнародних зв'язків та європейської інтеграції НМУ ім. О. О. Богомольця, професор.

Саган Олександр Назарович – завідувач Відділення релігієзнавства Інституту філософії імені Г. С. Сковороди НАН України, професор.

Відповідальні редактори:

Васильєва Ірина Василівна – завідувач кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ ім. О. О. Богомольця, професор.

Шевченко Сергій Леонідович – професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ ім. О. О. Богомольця.

Рецензенти:

Гаврилюк Тетяна Вікторівна – доктор філософських наук, професор, завідувач кафедри філософії, права та соціально-гуманітарних дисциплін Національної академії статистики, обліку та аудиту.

Сторожук Світлана Володимирівна – доктор філософських наук, професор, професор кафедри української філософії та культури Київського національного університету імені Тараса Шевченка.

Затверджено до друку Вченою радою Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (протокол № 10 від 19 червня 2025 р.)

ISBN 978-617-8310-48-6

© НМУ ім. О. О. Богомольця, 2025

ЗМІСТ

ПЛЕНАРНЕ ЗАСІДАННЯ

ХРАМИ УКРАЇНИ, ЗРУЙНОВАНІ ВІЙНОЮ	12
<i>Науменко О. М., Мойсеєнко В. О., Тарченко І. П., Тарченко Н. В.</i>	
ФІЛОСОФІЯ, РЕЛІГІЯ ТА МЕДИЦИНА: ЕКЗИСТЕНЦІЙНИЙ АСПЕКТ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ І СУСПІЛЬСТВА В УМОВАХ РОСІЙСЬКОЇ ВІЙНИ ПРОТИ УКРАЇНИ	15
<i>Бучма О. В.</i>	
АВТОРИТЕТ СУЧАСНОГО ЛІКАРЯ	19
<i>Храпач В. В.</i>	
ЄВРАЗІЙСТВО – ІДЕЙНА ОСНОВА РОСІЙСЬКОГО ПОЛІТИЧНОГО ПРОТЕСТАНТИЗМУ, ЙОГО ВІЯВИ В СУЧАСНІЙ УКРАЇНІ	20
<i>Павленко П. Ю.</i>	
НОВИЙ ІННОВАЦІЙНИЙ ДИЗАЙН МЕДИЦИНИ: ТЕХНОЛОГІЇ ТА МИСЛЕННЯ МАЙБУТНЬОГО	25
<i>Утюж І. Г.</i>	
МЕДИЧНИЙ ЕКОФЕМІНІЗМ: ВИТОКИ ТА МІСЦЕ В ІСТОРІЇ МЕДИЦИНИ	26
<i>Харпенко К. І.</i>	
ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ У ЦАРИНІ МЕДИЦИНИ: МОЖЛИВОСТІ І МЕЖІ	30
<i>Чорноморденко І. В.</i>	
THE GREY ZONE BETWEEN FREEDOM OF BELIEF AND HEALTH RISKS: ETHICAL AND LEGAL DILEMMAS OF ALTERNATIVE THERAPEUTIC PRACTICES	32
<i>Silvia Capíková, Maria Nováková</i>	
ОСНОВА ВИЗНАННЯ І ПРИЙНЯТТЯ ІСТИНИ ЯК КРИТЕРІЙ ЗІСТАВЛЕННЯ РЕЛІГІЇ ТА НАУКИ	35
<i>Ханжи В. Б.</i>	
ЦИКЛ "ТЕХНОЛОГІЇ НАУКОВОЇ ТВОРЧОСТІ. ОСНОВИ АКАДЕМІЧНОГО ПИСЬМА ТА РИТОРИКИ": ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ВИКЛАДАННЯ	38
<i>Пустовіт С. В.</i>	
НОВІТНІ РЕЛІГІЙНІ РУХИ В УМОВАХ РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ: МЕХАНІЗМ ВИНИКНЕННЯ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПРОЯВИ	41
<i>Предко О. І.</i>	
DIGITAL EMPATHY: CONCEPT, DEFINITION, OPPORTUNITIES, AND RISKS OF PASTORAL SUPPORT IN VIRTUAL ENVIRONMENTS	44
<i>Hedviga Tkáčová</i>	
БІОМЕДИКОЕТИЧНІ АСПЕКТИ АВТОНОМІЇ ОСОБИСТОСТІ ЛІКАРЯ	47
<i>Місержи С. Д.</i>	

ІВАН МИТРОФАНОВИЧ ЛУЦЕНКО: ПРОВІДНИК УКРАЇНСЬКОЇ ДУХОВНОСТІ	51
<i>Попов А. В.</i>	

THE CHILDREN'S CLINIC OF THE FACULTY OF MEDICINE OF COMENIUS UNIVERSITY IN BRATISLAVA IN THE INTERWAR PERIOD AND THE ACTIVITIES OF RELIGIOUS SISTERS	56
<i>Anna Falisová, Vojtech Ozorovský, Silvia Capíková</i>	

КРИТИЧНИЙ ОГЛЯД СТАНУ ЛЮДСТВА І НЕПОДОЛАНИХ ПЕРЕШКОД ДО ЙОГО РЕАЛЬНОГО ПОРЯТКУ	59
<i>Корсак К. В., Кірик Т. В., Ляліна О. О., Корсак Ю. К., Бойчук О. С., Похресник А. К.</i>	

Секція І.

ПИТАННЯ ФІЛОСОФІЇ, РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ У ЖИТТІ І ТВОРЧОСТІ ВИДАТНИХ ДІЯЧІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

СКЛОВСЬКИЙ ЄВГЕН ЛЬВОВИЧ – ЗАСНОВНИК ПЕДІАТРИЧНОЇ МЕДИЦИНИ В КИЄВІ	66
<i>Білозор Д. В.</i>	

БЕЦ ВОЛОДИМИР ОЛЕКСАНДРОВИЧ – КОРИФЕЙ КИЇВСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ ШКОЛИ, ВИДАТНИЙ АНАТОМ ТА ГІСТОЛОГ	68
<i>Пошкурлат А. В.</i>	

КОМУНІКАЦІЯ ЯК ПЕРШОПРИЧИНА АВТЕНТИЧНОЇ ЕКЗИСТЕНЦІЇ В ФІЛОСОФІЇ К. ЯСПЕРСА	70
<i>Шевченко С. Л.</i>	

Секція ІІ.

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ: МИНУЛЕ ТА СЬОГОДЕННЯ

РОЗВИТОК УЯВЛЕНЬ ПРО НЕРВОВУ СИСТЕМУ У ПОГЛЯДАХ АРИСТОТЕЛЯ	73
<i>Дзевульська І. В., Маліков О. В.</i>	

ХАРИТИНА ПЕКАРЧУК – ОРГАНІЗАТОРКА МЕДИЧНО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В АРМІЇ УНР	75
<i>Розовик О. Д.</i>	

ІНТЕГРАЦІЯ РЕЛІГІЙНИХ ІНСТИТУЦІЙ У СИСТЕМУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МІЖВОЄННОЇ ГАЛИЧИНИ: МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ КРИТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДОГОВОРУ 1938 РОКУ МІЖ ТОВАРИСТВОМ "НАРОДНА ЛІЧНИЦЯ" ТА ЗГРОМАДЖЕННЯМ СЕСТЕР МИЛОСЕРДЯ	77
<i>с. Валентина Рябушко</i>	

ЩОДО ПИТАННЯ ПРО ЛІКУВАННЯ У ПЕРВІСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ	90
<i>Ступак Ф. Я.</i>	

Секція III.

ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ В КОНТЕКСТІ ПІДХОДІВ ФІЛОСОФІЇ, РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ

THE REUNIFICATION OF ANCIENT PHILOSOPHY AND CONTEMPORARY MEDICINE: IN SEARCH FOR ANTIMALARIAL DRUGS	94
<i>Tetiana Danylova</i>	
СМІХ ЯК МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ПРОБЛЕМА	96
<i>Іщук Н. В.</i>	
ПСИХОЛОГІЧНА СТІЙКІСТЬ СТУДЕНТІВ ЯК НЕОБХІДНА СКЛАДОВА ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ	101
<i>Турчин М. Я., Павлов Ю. В.</i>	
ДИХАЛЬНІ ПРАКТИКИ В КОНТЕКСТІ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ: РЕЛІГІЙНИЙ ТА МЕДИЧНИЙ АСПЕКТИ	103
<i>Ставряні С. С.</i>	

Секція IV.

МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ У СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

PROBLEMATIKA SPIRITUALITY V PREGRADUÁLNO M VZDELÁVANÍ A UČEBNÝCH OSNOVÁCH LEKÁRSKYCH FAKÚLT	106
<i>Jana Trizuljaková, Margita Kollárová</i>	
THE FEMALE RELIGIOUS ORDER SOCIETY OF THE DAUGHTERS OF CHARITY OF ST. VINCENT DE PAUL IN SLOVAKIA AND ITS CONTRIBUTION TO THE PROFESSIONAL TRAINING OF NURSES	110
<i>Anna Falisová, Silvia Capikova</i>	
МІСЦЕ ТЕОЛОГІЧНОГО ЗНАННЯ СЕРЕД РІЗНОВИДІВ ЗНАНЬ ТА ОСВІТНІХ ДИСЦИПЛІН	113
<i>Кірієнко С. В.</i>	
"RELIGIO MEDICI" СЕРА ТОМАСА БРАУНА: НА ПЕРЕТИНІ НАУКИ ТА ВІРИ	116
<i>Лавринович О. А.</i>	

СЕКЦІЯ V.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ БІОЕТИКИ ТА БІОМЕДИЧНОЇ ЕТИКИ

ВАГОНЕТКОЛОГІЯ У СТАБІЛІЗАЦІЙНОМУ ПУНКТІ: ПРИНЦИП ПОДВІЙНОГО НАСЛІДКУ І ПОРЯТУНОК ПОРАНЕНИХ	120
<i>Рассудіна К. С.</i>	
СТОРІНКА З ІСТОРІЇ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ. ГЕННА ІНЖЕНЕРІЯ ЛЮДИНИ – ДОСЯГНЕННЯ І РИЗИКИ	123
<i>Редькіна О. А.</i>	

Секція VI.

ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ В СОЦІАЛЬНО-ГУМАНІТАРНОМУ ДИСКУРСІ

СПЕЦИФІКА ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТІСНИХ І ПРОФЕСІЙНИХ ЯКОСТЕЙ МАЙБУТНЬОГО ФАХІВЦЯ В ГЛОБАЛІЗОВАНОМУ СВІТІ	128
<i>Васюк І. В.</i>	
ПРОФЕСІЙНА МЕДИЧНА КУЛЬТУРА В ІНФОРМАЦІЙНОМУ СУСПІЛЬСТВІ: ВИКЛИКИ І ПРІОРИТЕТИ	134
<i>Величко О. Б.</i>	
ФОРМУВАННЯ КРИТИЧНОГО МИСЛЕННЯ В МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ: ФІЛОСОФСЬКІ АСПЕКТИ	137
<i>Вячеславова О. А.</i>	

СЕКЦІЯ VII.

ФІЛОСОФІЯ РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ: СУЧАСНІ ВИКЛИКИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

ОСМИСЛЕННЯ ПОНЯТТЯ “ВІЙНА” В ДОКТРИНАЛЬНИХ КОНЦЕПЦІЯХ НЕООРІЄНТАЛІСТСЬКИХ РЕЛІГІЙНИХ РУХІВ УКРАЇНИ	143
<i>Базик Д. В.</i>	
РОЗУМІННЯ РЕГІОНАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЯК ВАЖЛИВИЙ ЧИННИК НЕУПЕРЕДЖЕНОЇ КОМУНІКАЦІЇ	146
<i>Голопін С. І.</i>	
РЕЛІГІЙНИЙ ФУНДАМЕНТАЛІЗМ – ЕТАПИ РОЗВИТКУ І ВИЗНАЧЕННЯ В ХХІ СТОЛІТТІ	149
<i>Євдокимова Т. В.</i>	
TRANSNACIONALISMUS, PRAVOSLAVNÁ CÍRKEV A INTEGRACE UKRAJINSKÝCH MIGRANTU V ČESKÉ REPUBLICE	153
<i>Milan Lupták, Marina Luptáková</i>	
ФАКТОР РЕЛІГІЙНОГО ФАНАТИЗМУ: ПРОБЛЕМА ПОШУКУ ПРИЧИН ТА НАСЛІДКІВ	155
<i>Максименко І. Г.</i>	
“СИНДРОМ “ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ” В УМОВАХ РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ	158
<i>Предко Д. Є.</i>	
ВІРА ЯК СКЛАДОВА РЕЛІГІЙНОГО ФАНАТИЗМУ	160
<i>Птиця М. Б.</i>	

СЕКЦІЯ VIII.

РЕЛІГІЯ ЯК СОЦІАЛЬНО-ДУХОВНА ДЕТЕРМІНАНТА ІНДИВІДУАЛЬНОГО ТА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

RELIGION AS A KEY DETERMINANT OF STUDENTS' ATTITUDES TOWARD THEIR STUDIES	163
<i>Margita Kollarova, Jana Trizuljaková</i>	
РЕЛІГІЯ ЯК СОЦІАЛЬНО-ДУХОВНА ДЕТЕРМІНАНТА ІНДИВІДУАЛЬНОГО ТА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	167
<i>Жацько В. А.</i>	
ОСОБИСТІСТЬ У НОВІТНІХ РЕЛІГІЙНИХ КУЛЬТАХ	170
<i>Кудин О. О.</i>	
ДІЯЛЬНІСТЬ РИМСЬКО-КАТОЛИЦЬКОЇ ЦЕРКВИ В УКРАЇНІ З ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ СУЧАСНОЇ ВІЙНИ	173
<i>Недавніа О. В.</i>	
ШЛЯХ ХРИСТІАНСЬКОЇ СПІЛЬНОТИ В СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ	177
<i>Панько О. І.</i>	

СЕКЦІЯ IX.

ФІЛОСОФІЯ МЕДИЦИНИ ТА ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ

РОЛЬ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В СУЧАСНОМУ СВІТІ: ФІЛОСОФСЬКИЙ АСПЕКТ	180
<i>Галушко О. С.</i>	
УЯВА ЯК ФІЛОСОФСЬКА ПРОБЛЕМА	182
<i>Москвін Я. В.</i>	
ЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ СПІЛКУВАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ НА МЕДИЧНІ ТЕМИ: МІЖ КОНСЕКВЕНЦІАЛІЗМОМ І КАТЕГОРИЧНИМ ІМПЕРАТИВОМ	185
<i>Покотило К. М.</i>	

СТУДЕНТСЬКА СЕКЦІЯ

*Напрям 1. Питання філософії, релігії та медицини
у житті і творчості видатних діячів сфери охорони здоров'я*

СТРАЖДАННЯ ЯК ШЛЯХ ДО МОРАЛЬНОЇ ЗРІЛОСТІ З ПОЗИЦІЇ В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦЬКОГО	188
<i>Сосунович М. С.</i>	
КЛІНІЧНІ ПІДХОДИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ В ГНІЙНІЙ ХІРУРГІЇ У СВІТЛІ СУЧАСНОЇ КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ	190
<i>Батюк Л. В., Феськов В. М., Чуприна М. В.</i>	

Напрямок 2. Історія медицини: минуле та сьогодення

РОЛЬ ФІЛОСОФСЬКОГО ЗНАННЯ В РОЗВИТКУ МЕДИЦИНИ В ІСТОРИЧНОМУ КОНТЕКСТІ	193
<i>Охріменко З. М.</i>	
РЕПРЕСІЇ В МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ УКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВОЇ СПІЛЬНОТИ ВІД 1930 Р. МАЛОВІДОМІ ІМЕНА АБО Ж ВІДНОВЛЕННЯ СПАПЛЮЖЕНОЇ ПАМ'ЯТІ	195
<i>Ренкас М. В.</i>	
ЕТИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЦИНИ СТАРОДАВНЬОГО ЄГИПТУ	199
<i>Спіліна С. Г.</i>	
ФІЛОСОФІЯ ХВОРОБИ І ЗЦІЛЕННЯ В УКРАЇНСЬКІЙ ТРАДИЦІЇ: ВІД НАРОДНОЇ МЕДИЦИНИ ДО НАУКОВОЇ ШКОЛИ О. О. БОГОМОЛЬЦЯ	202
<i>Шведюк В. С., Хмара А. О.</i>	

Напрямок 3. Здоров'я людини в контексті підходів філософії, релігії та медицини

ФІЛОСОФІЯ, РЕЛІГІЯ ТА МЕДИЦИНА ПРО ПРОБЛЕМУ ВИБОРУ МІЖ ЖИТТЯМ І СМЕРТЮ	207
<i>Пащук Д. І.</i>	
ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ: ФІЛОСОФСЬКЕ, РЕЛІГІЙНЕ ТА МЕДИЧНЕ БАЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ В УМОВАХ ВІЙНИ	212
<i>Чернявська В. О.</i>	

Напрямок 4. Методологічні та історичні аспекти взаємозв'язку релігії та медицини у сучасному суспільстві

ВПЛИВ ХРИСТІЯНСЬКОЇ ЕТИКИ НА ФОРМУВАННЯ СУЧАСНИХ ПРИНЦИПІВ БІОЕТИКИ	216
<i>Осипчук М. С.</i>	
ДО СПЕЦИФІКИ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ: МИНУЛЕ І СЬОГОДЕННЯ	220
<i>Шепетько В. А.</i>	

Напрямок 5. Актуальні проблеми біоетики та біомедичної етики

СУРОГАТНЕ МАТЕРИНСТВО: ЗА ЧИ ПРОТИ	225
<i>Бондар А. Г.</i>	
СУРОГАТНЕ МАТЕРИНСТВО: ОСОБЛИВОСТІ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ В УКРАЇНІ	229
<i>Глевацька М. О.</i>	
ЕТИЧНІ ВИКЛИКИ РЕДАГУВАННЯ ГЕНОМУ ЛЮДИНИ	232
<i>Дяченко А. В.</i>	

БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ ЯК МЕТОДУ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ	235
<i>Колтунова С. О.</i>	
БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ РОЗШИРЕННЯ КРИТЕРІЇВ ЗАСТОСУВАННЯ ЕВТАНАЗІЇ	239
<i>Муляр О. Д.</i>	
ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ ТА МОДЕЛЮВАННЯ ЇЇ В ІНШИХ, ЯК ПРОБЛЕМАТИКА УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА	245
<i>Придюк Н. І.</i>	
ПОСМЕРТНЕ ДОНОРСТВО: БІОЕТИЧНІ ТА РЕЛІГІЙНІ АСПЕКТИ	249
<i>Сокол П. В.</i>	
ДИЛЕМА ЛЕГАЛІЗАЦІЇ ЕВТАНАЗІЇ В ІСТОРИЧНОМУ ТА СУЧАСНОМУ КОНТЕКСТІ	253
<i>Тимошенко О. Р.</i>	
СМЕРТЬ І СТРАЖДАННЯ У ФІЛОСОФІЇ: ЯК ВИПРАВДАТИ ПРАВО НА ЕВТАНАЗІЮ?	256
<i>Тимощук Д. О.</i>	
АБОРТИ ЯК АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА БІОЕТИКИ ТА БІОМЕДИЧНОЇ ЕТИКИ	260
<i>Чернишук Н. Р.</i>	
БІОЕТИЧНІ ТА ПРАВОВІ АСПЕКТИ КРІОКОНСЕРВУВАННЯ РЕПРОДУКТИВНИХ КЛІТИН УКРАЇНСЬКИХ ВІЙСЬКОКОВОСЛУЖБОВЦІВ	265
<i>Шведюк В. С., Хмара А. О.</i>	
ПРОБЛЕМА ПСИХОГЕННИХ ЯТРОГЕНІЙ В МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ	269
<i>Швидун Т. А.</i>	
ТРАНСПЛАНТАЦІЯ: БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ТА РЕЛІГІЙНІ ПІДХОДИ	271
<i>Яценко К. Є.</i>	
<i>Напрям 6. Питання клінічної медицини в соціально-гуманітарному дискурсі</i>	
ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ	274
<i>Гапон Д. Р.</i>	
МЕДИЧНА ДЕОНТОЛОГІЯ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ: ЕТИЧНІ АСПЕКТИ АДАПТАЦІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ	276
<i>Іванова М. В.</i>	
ХАРАСМЕНТ В МЕДИЧНИХ ЗВО: ПЕРСПЕКТИВИ ЕМПІРИЧНИХ СОЦІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ	280
<i>Коршунова М. І.</i>	
ЩОДО ПИТАННЯ ЧИННИКІВ ВПЛИВУ НА ВИБІР СПЕЦІАЛЬНОСТІ ЗДОБУВАЧАМИ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ: СОЦІОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ	283
<i>Корчак Я. Ю., Котельницький М. С., Мішкурова В. Є.</i>	

ІНТУЇЦІЯ ЯК СКЛАДОВА НАВИЧОК ПСИХОТЕРАПЕВТА	286
<i>Кузьменко І. А.</i>	
ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ В ЕМБРІОНАЛЬНІЙ СЕЛЕКЦІЇ: МЕЖА МІЖ МЕДИЧНОЮ НЕОБХІДНІСТЮ ТА "ГРОЮ З БОГОМ"?	289
<i>Мінченко А. Ю.</i>	
ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА В КОНТЕКСТІ ПРИНЦИПІВ ЕМПІРИЗМУ І РАЦІОНАЛІЗМУ	293
<i>Почтар Є. В.</i>	
ЕТИКА МЕДИЧНИХ РІШЕНЬ ПІД ЧАС ВОЄННИХ ДІЙ: МОРАЛЬНІ ДИЛЕМИ І РЕЛІГІЙНІ ПРИНЦИПИ	295
<i>Райчук М. І.</i>	
<i>Напрям 7-8. Філософія релігії та медицини: сучасні виклики в умовах воєнного стану. Релігія як соціально-духовна детермінанта індивідуального та громадського здоров'я</i>	
ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЯК СУСПІЛЬНА ПРОБЛЕМА	298
<i>Гасанова К. А.</i>	
РЕЛІГІЯ ТА ФІЛОСОФІЯ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ ВІЙНИ	304
<i>Демчишин С. В.</i>	
РЕЛІГІЯ РПЦ ЯК ІНСТРУМЕНТ МАНІПУЛЯЦІЇ ТА ПРОПАГАНДИ	307
<i>Марапулець П. В.</i>	
ФІЛОСОФІЯ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	311
<i>Обельницька А. Т.</i>	
СТАВЛЕННЯ РЕЛІГІЙ ДО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ, ЯК МЕДИЧНОЇ МАНІПУЛЯЦІЇ	313
<i>Сегень Ю. О.</i>	
РЕЛІГІЯ ЯК ВИЗНАЧАЛЬНИЙ ФАКТОР ВЗАЄМОДІЇ НАРОДНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ	318
<i>Уруська П. О.</i>	
ЛІКАР ЯК ПРОФЕСІОНАЛ ТА ЦІЛИТЕЛЬ: ПОЄДНАННЯ РАЦІОНАЛЬНОГО ТА ЕМОЦІЙНОГО У МЕДИЦИНІ	323
<i>Щербина Я. С.</i>	
АВТОРИ ДОПОВІДЕЙ	326
АВТОРИ СТУДЕНТСЬКИХ ДОПОВІДЕЙ	330

ПЛЕНАРНЕ ЗАСІДАННЯ

Науменко О. М., Мойсєєнко В. О.,
Тарченко І. П., Тарченко Н. В.,

НМУ імені О. О. Богомольця,
naumenko@nmu.ua, moyseyenko_vo@ukr.net,
shostka43@ukr.net, trinton808@ukr.net

ХРАМИ УКРАЇНИ, ЗРУЙНОВАНІ ВІЙНОЮ

Хоча багато наслідків початкового етапу повномасштабного вторгнення росії уже прибрано, сліди перших днів бойових дій досі видно по всій Україні. Російська агресія не оминула жодного населеного пункту, наносячи удари по релігійним культурним установам (фото_1). За даними ЮНЕСКО, від лютого 2022 року до 2 жовтня 2024 року пошкоджено 451 об'єкта культури. Це зокрема, 142 релігійні об'єкти, 227 будівель, що мають історичну та/або мистецьку цінність, 32 музеї, 32 пам'ятники та 17 бібліотек. За даними Київського Інституту релігійної свободи з початку повномасштабного вторгнення в Україні було зруйновано або пошкоджено близько 500 церков і релігійних об'єктів. Станом на 2 лютого 2025 року пошкоджено та зруйновано 643 культових споруди усіх конфесій. При чому, як не парадоксально, найбільшої руїни зазнали православні храми УПЦ (МП) – 338. На другому місці церкви протестантські – 176. Подальший розподіл виглядає наступним чином: православні храми (ПЦУ) – 58; греко-римо-католицькі – 24; юдейські – 17; мусульманські – 8; духовні навчальні заклади (різних конфесій та вірувань) – 9; споруди інших релігій – 15. Слід вважати на певну погіршеність цих даних, тому що отримати інформацію про стан споруд, що знаходяться безпосередньо у зоні бойових дій, буває іноді майже неможливо [2]. В ЮНЕСКО складений Список всесвітньої спадщини, до якого входять об'єкти різних країн, які вважаються надбанням усього людства. В Україні їх вісім, і в цьому переліку багато культових споруд: Собор Святої Софії та прилеглі монастирські будівлі, Києво-Печерська лавра (з 1990 р.), храми історичного ансамблю міста Львова (з 1998 р.), дерев'яні церкви Карпатського регіону, Спасо-Преображенський собор, що входить до історичного центру Одеси (з 2023 р.) В самому початку війни Верховна католицька архієпархія та посольство України при святому Престолі закликали росію не бомбардувати Софійський собор у центрі Києва. Під час повномасштабного вторгнення росії до України під загрозою опинилися усі без винятку культові споруди нашої країни. Але ступень небезпеки різний, виділяються чотири категорії. Перша – об'єкти, що знаходяться в тимчасово окупованому Криму; друга – в невідконтрольних Луганській та Донецькій областях; третя – в зонах бойових дій; четверта – в тилу [1]. На лінії вогню в небезпеці опинилися, крім іншого, кургани на українському півдні. Вони височіють над рівнинною місцевістю, через що стали вигідними місцями для облаштування вогневих позицій. А отже – ці пам'ятки давнини перекопуються та, врешті, знищуються [3]. Російська окупація Бучі сталася на самому початку повномасштабного вторгнення у 2022 році і тривала один місяць. Було знай-

дено понад 400 тіл загиблих, зокрема, 12 дітей. Багато тіл було виявлено в братських могилах біля церкви Андрія Первозванного. Деякі з тіл мали сліди катувань і страт. Після деокупації місцева влада та мешканці Бучі доклали зусиль, щоб належним чином поховати кожного загиблого. Проте багато тіл залишилося безіменними, їх ідентифікує лише номер на могильному знаку. Люди, вбиті у Бучі, стали символом жорстокості російської війни та скоєних росією воєнних злочинів (фото_2).



Фото_1. м. Ірпінь (2022).



Фото_2. м. Буча (2023).

Серед прикладів знищення культових споруд на лінії бойового зіткнення – повністю знищений Благовіщенський храм у м. Бахмут на Донеччині. На території вціліли тільки дзвіниця та прибудови, але дахи їх були пошкоджені. Свято-Успенська свято гірська Лавра – білосніжна перлина Донеччини, що стоїть на високому крейдяному березі Сіверського Донця, та має довгу та складну історію. Лавра є видом монастиря, але має вищий статус і почесне звання, яке надається монастирю за його велику духовну важливість, історію та роль. Руйнувань від росіян монастир зазнавав багато разів за понад тисячоліття свого існування. Після захоплення Криму російською імперією він був секуляризований, переданий князю Потьомкіну та пограбований імперськими чиновниками. У ХХ його обібрали більшовики, перетворивши на будинок відпочинку та кінотеатр. А у 2022 році лавру, де переховувалися сотні переселенців, багато разів обстрілювали російські війська, завдавши величезних пошкоджень. Поточного року храми Донеччини зазнали ще більших руйнацій, через наближення фронту до густонаселених територій. Так, храм Преподобного Амвросія Оптинського УПЦ знаходиться за понад 20 км від зони бойових дій. Вранці 6 травня 2025 року його було атаковано дронами. Те, що вибухів було два, із різницею в півгодини, спростовує версію про невідале збиття дрону. Внаслідок атаки в стінах з'явилися великі проломи, зруйновано частину даху. Проте, в храмі продовжуються служби – їх перенесли із основної зали, яка сильно постраждала, у невеличке приміщення. В анексованому Криму, місті Місхорі на місці мусульманського кладовища почали зводити ринок. У селі Семенівка на місці поховання мусульман хотіли побудувати дайвінг-центр, й місцеві жителі кілька років протестували проти цього проекту. Були спроби забудови мусульманської святині у селі Лозова, чому також чинили опір місцеві мешканці [4]. Такі дії російської влади яскраво свідчать про намір стерти кримських татар, їх спадщину із історії півострова. Культові споруди, що знаходяться в українському тилу, також під загрозою. Так, 14 липня 2022 року внаслідок ракетного удару була пошкоджена церква

Георгія Переможця у Вінниці. Унаслідок атаки на Одесу у ніч на 18 липня 2023 року пошкоджений Свято-Нікольський храм, який належить до УПЦ МП. Україна та іноземні спостерігачі фіксують руйнування, заподіяні росією в Україні. Говард Г. Баффет – голова і виконавчий директор Фонду Говарда Г. Баффета, фермер, бізнесмен, в минулому виборний чиновник і шериф, фотограф і філантроп, який побував з фотоапаратом у 154 країнах на шести континентах – зафіксував російські злочини в Україні і представив фото на фотовиставці “Відвага нації” (Courage of Nation) у Музеї Ханенків в столиці України – Києві (2025) (фото 1 – м. Ірпінь, Київська обл., Україна, червень 2022 року, фото 2 – м. Буча, Київська обл., Україна, березень 2023 року, фото 3 – м. Святогірськ, Донецька обл., Україна, грудень 2023 року, фото 4 – м. Київ, Софіївська площа, 17 грудня 2023 року). На останньому фото маленька дівчинка тримає плакат з написом “Поверніть мені мого хрещеного батька”, позаду жінка тримає плакат “Полон вбиває”, що нагадує про нелюдське поводження росіян з українськими військовополоненими.



Фото_3. Святогірська Лавра
(м. Донецьк, 2023)



Фото_4. Софіївська площа
(м. Київ, 2023)

Ми сподіваємося, що ці задокументовані матеріали будуть додані на розгляд Міжнародного суду м. Гаага. Хто мечем воює, від меча й загине.

Література:

1. Рішняк О. Культурна спадщина у воєнному конфлікті: міжнародний досвід другої половини XX – початку XXI ст. та українська дійсність. *Український історичний журнал*. 2022. № 4. DOI: <https://doi.org/10.15407/uhj2022.04.159>
2. Релігія в огні: Три роки війни у цифрах. Звіт за результатами проекту “Релігія в огні” (24 лютого 2022 року – 2 лютого 2025 року). Київ, 2025. 9 с.
3. Бойко І. На Херсонщині російські окупанти знищують кургани. УНІАН [сайт]. Київ, 2022. – URL: <https://www.unian.ua/society/na-hersonshchini-rosiyski-okupanti-znishchuyut-kurgani-novini-ukrajini-11809611.html> (дата звернення: 18.05.2025)
4. На місці старого мусульманського кладовища в Криму намагалися побудувати автостоянку. *Крим. Реалії*. [сайт]. Київ, 2016. – URL: <https://ua.krymr.com/a/news/27839866.html> (дата звернення: 18.05.2025).

ФІЛОСОФІЯ, РЕЛІГІЯ ТА МЕДИЦИНА: ЕКЗИСТЕНЦІЙНИЙ АСПЕКТ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ І СУСПІЛЬСТВА В УМОВАХ РОСІЙСЬКОЇ ВІЙНИ ПРОТИ УКРАЇНИ

Сучасні реалії і тенденції суспільного буття набули особливо гострого конфліктного забарвлення в умовах нинішньої повномасштабної гарячої війни Російської Федерації проти України. Це спричинило нову хвилю соціальних, політичних, культурних, релігійних, правових, економічних, медичних та інших аспектів суспільних трансформацій в Україні і світі, що створюють загрози безпеці та здоров'ю людини і суспільства. Наголошу, що це війна не лише між-державна. Вона має світоглядний, ментальний, ціннісний смисл і характер. Це війна антиправа проти права, антикультури проти культури. Це війна світів – “русского міра” проти Українського світу. В різноманітних формах (відкритих і прихованих) вона продовжується від століття до століття і вже перейшла з другого у третє тисячоліття [Див.: 3].

В цьому контексті слушно є думка українського філософа Євгена Бистрицького, що “сучасна війна постає як екзистенційне зіткнення світів у “турботі” за власне існування, зокрема як “рішучий”, “героїчний”, “патріотичний” тощо опір захисників “нашого” світу “чужому”, “ворогові” як загрози потенційного не-буття. Відповідно, шлях філософського доступу до події війни веде нас шляхом можливої екзистенційної аналітики її з усіма супутніми наслідками такого повороту сучасного філософського дослідження” [2, с. 21].

Після 24 лютого 2022 року, від початку повномасштабної війни РФ проти України екзистенційна загроза Українському світу з боку так званого “русского міра” надто посилилася. Це супроводжується активним проявом двох взаємозумовлених тенденцій, які влучно визначив український філософ Олег Білий: 1) “наукове обґрунтування політичних проєктів”; 2) “знезначення історично сформованих змістів, що стали основою для певної системи цінностей, для формування ціннісного компендіуму”. Вчений слушно висновує, що “відбувається цілковите наповнення комунікативної дії дією стратегічною на основі конструювання фальшивої реальності”, а “Великий Російський Симулякр являє собою форму новітнього розгортання інструментального розуму з його системою профанацій – віри, уявлення про людяність, про цінності, виплекані цивілізаційним поступом” [1, с.158-159].

Російська Федерація здійснивши повномасштабне військове вторгнення в Україну фактично розв'язала жорстоку, цинічну війну в центрі Європи, спрямовану на знищення українського народу, української держави, української культури й історії. В такий спосіб ця війна створила нові виклики проти людяності й загрози існуванню усієї культурно-цивілізованої частини людства. При цьому нагадаю і підкреслю, що фактичним початком цієї війни стали анексія Криму та окупація частини Донецької і Луганської областей Російською Федерацією

у 2014 р., що супроводжувалися, зокрема, й мовчазною, відстороненою поведінкою провідних держав світу щодо цих подій.

Російська держава-терорист послідовно і невпинно знищує мирне населення, руйнує міста й села, об'єкти інфраструктури, пам'ятки культури, церкви, молитовні будинки, заклади охорони здоров'я, перешкоджає здійсненню релігійної діяльності, переслідує і піддає тортурам людей за релігійними та іншими ознаками тощо, а відтак, порушує релігійні та ін. права і свободи та безпосередньо шкодить здоров'ю (духовному і фізичному) людини і суспільства [Див.: 3].

Російська війна проти України стала для українців таким екзистенційним потрясінням, що змінило як політичну й соціальну реальність, так й антропологічну перспективу (розуміння людини, її потреб, цінностей і здоров'я). В умовах війни здоров'я вийшло за межі медичної парадигми і набуло багатовимірного значення (філософського, релігійного, культурного). Війна "русского міра" проти Українського світу особливо загострила ситуацію, у якій людина зіткнулася не лише зі смертю, болем, відчаєм, втратою, страхом, але й з надією, вірою, жертівністю.

Прикметно, що в основі нинішнього, так званого "русского міра", так само як і колись, знаходиться московсько-православне та імперсько-радянське коріння. Росія (у формах рашизму, російського нацизму й неоімперіалізму) активно використовуючи у війні проти України релігійний чинник і здійснюючи геноцид українців намагається знищити історичні, культурно-цивілізаційні, духовно-релігійні основи Українського світу, ліквідувати українську державність і повернути колесо історії назад та відродити квазірадянську імперію [Див.: 4]. Ми є свідками того, як Росія – держава терорист-агресор застосовує проти України як зброю не лише армію, мову, навіть, воду (підрив і руйнування Каховської ГЕС, спроба зруйнувати і виведення з ладу Дніпрогесу та інших гідроелектростанцій), а й релігію (переважно офіційне православ'я (РПЦ), орієнтовану на Москву, що увійшла в союз з державою й обслуговує її інтереси, пропонує ненависть та смерть і яка є невід'ємною, ключовою складовою "русского міра" і допомагають цьому проросійські колаборанти від релігії в Україні.

Звернемо увагу, що Росія активно просуває і поширює в Україні наративи так званого "русского міра" не лише через зареєстровані релігійні організації, що підтримують/не відмовилися від зв'язків зі своїми релігійними центрами в країні-агресорі (про це вже було багато сказано [Див.: 4], тому й не акцентуємо на цьому увагу), а й через незареєстровані релігійні громади чи організації, які, проникаючи в Україну, закріплюються в її релігійному середовищі, різноманітними маніпулятивними засобами розширюють своє членство та дестабілізують релігійну та загальносуспільну ситуацію в державі чим безпосередньо загрожують її національній безпеці та підривають ментальне здоров'я суспільства і людини. Прикладом цього є діяльність релігійної організації – РПЦ ЦІ ("Руська православна церква Царської імперії" (Див.: Духовные проповеди Схимитрополита Зосими. У 3 томах Издательство РПЦ Царской Империи; Ютуб канали ("Митрополит всея Малороссии", Только не предай Бога!", "РПЦ Царская Империя". "Глас народа РПЦ ЦИ", "Живое слово

Царя Зосими” та ін.); Месенджер “Telegram”: “Русский Патриот. РПЦ ЦИ. Чат”, “Живое Слово Святого Духа от Государного Зосими”, “Митрополит всея Малороссии. Христос понад усе!”, “Календарь РПЦ Царской Империи” та ін.).

Діяльність цієї незареєстрованої в Україні релігійної організації, як свідчить релігієзнавчий аналіз проповідей її очільника схимитрополита Зосими, спрямована на: розпалювання міжрелігійної ворожнечі; формування зневаги до суверенної української держави та державної мови; возвеличення та пропаганду Російської імперії (ідеологічною основою якої була тріада: “самодержавство – православ’я – народність”), яка була тюрмою народів і релігій, царя Миколу II (відомого як Микола Кривавий), монархічну форму правління, ворожі Україні ідеї “Трієдіної Русі” й “Трьох братських народів” (йдеться про росіян / “русских”, які завжди, згідно з наративами російського імперіалізму, мають бути на першому місці, а також українців й білорусів) й поширюється лише мовою держави-агресора. В проповідях наявні: образа релігійних почуттів та приниження поглядів віруючих інших конфесій і формування ворожих настроїв до них; публічна глорифікація російської імперської політики; пропаганда антисемітизму та конспірології тощо. Весь текст цих “Проповідей” пронизаний російським імперським смислом, його буквою, духом і символом. Це навіть слідує з назви цієї релігійної організації – “Руська православна церква Царської імперії”, що промовисто свідчить про антиукраїнську спрямованість її діяльності.

Зверну особливу увагу на наявні в першому томі “Проповідей” ознаки пропаганди конспірологічних теорій з релігійними складовими: Цитую мовою оригіналу: “Создание электронных архивов во всех учебных университетских учреждениях. И учреждениях общественного характера, учреждений и министерств во всех странах Европы. Чтобы внедрить системы отпечатки рук и сканирование радужной оболочки глаза... приводит к тому, чтобы была биометрия у всех. Полностью подводят к печати антихриста” (с. 62). “... вышел COVID-19 [...] скрытно, в больницах, врачи убийцы, насильно делают людям уколы. Человек руки убирает, а ему насильно колют, не просто так, что подошёл один человек и делает как обычно укол, а по 5 по 6 человек держат. • И эти вещи, они очень страшные” (с.121-122); “вакцинация – это чипизация; масоны – слуги дьявола. Они давно задумали как чипировать людей, чтоб они не знали. 2г назад Ангел сказал, что масоны придумают болезнь и потом, под видом вакцинации будут чипировать. Чипы будут жидкие” (с. 198); “сейчас навязывают всем эту систему сатанинскую: Qr кода, масочный режим [...] за такое отступление, навязывание этой системы антихристовой, нам Господь попустит войну” (с.215); “Для того, чтоб люди были: • под контролем; • под воздействием психотропного оружия; • полностью напичканы биочипами (мелкими), которые называются “умная пыль”. Поэтому знайте и соседям рассказывайте, не соглашайтесь с этим, уходите с городов” (с. 257). В такий спосіб стирається відчуття реальності та посилюється образ Росії як жертви в ситуації її війни проти України. Окрім того – перекладається відповідальність за дії агресора (Росії) на жертву агресії (Україну) та її партнерів. Це сприяє Росії у підтримці наративу про війну з Заходом та виправданні агресії проти України та несе загрози не лише екзистенційній, релігійній, духовній та ін. безпеці, а

й, зокрема, медичній безпеці України і відтак, безпосередньо негативно позначається на ментальному і фізичному здоров'ї людини і суспільства.

Ще раз підкреслимо, що зброя, яку застосовує російський терорист-агресор – це не лише армія та мова, а й релігія, що орієнтована на Москву. Тому й для України такою зброєю є армія, мова, віра (релігія, яка орієнтована на підтримку України і дає відсіч ворожим релігійним впливам) й релігієзнавство (виявляє і сприяє знешкодженню застосуванню релігійної зброї з боку Росії) як засоби для відновлення справедливості. Наголосимо, Росія, використовуючи релігію як зброю у війні проти України, завдає великої шкоди здоров'ю людини і українського суспільства в цілому.

Війна вивела людину за межі звичного буття й загострила питання про сенс життя, смисл страждання, межі терпіння. В цих умовах формується нова модель здоров'я як особистої і суспільної єдності, що ґрунтується на стійкості, вірі, любові та надії. І тут здоров'я постає як не лише неодмінна умова виживання людини і суспільства, а й як глибоко екзистенційний феномен. Тому, саме філософія (у тому числі й релігієзнавство), релігія і медицина постають не лише окремими сферами знання чи практики, а єдиною інтегрованою основою для збереження і відновлення тілесного, ментального/психологічного, національно-духовного здоров'я людини і суспільства. Філософська рефлексія осмислюючи здоров'я як буттєву цілісність (єдність тіла, душі, духу) сприяє усвідомленню смислів і меж, залишатися людиною попри дегуманізуючі обставини війни та зберегти і укріпити етичне / моральне індивідуальне та суспільне здоров'я. Медицина в умовах війни є не лише інструментом тілесного порятунку і психічної стабілізації / психологічної реабілітації, а й як екзистенційна практика в боротьбі за життя, гідність, майбутнє, а релігія – детермінантою духовної опори й трансценденції, духовного і душевного здоров'я (навіть тоді коли це не підвладно медицині). Відтак, у своїй єдності Філософія, Медицина та Релігія допоможуть пережити війну як руйнацію, зберегти / відновити покалічене війною індивідуальне і суспільне здоров'я, перемогти агресора та перейти до мирного життя.

Література:

1. Білий, О. (2022). Замах на ідентичність. (Російська культура як екзистенційна загроза Україні). Філософська думка, 4. – С. 145 – 160.
2. Бистрицький, Є. (2022) Є. Філософські уроки війни як екзистенційного зіткнення світів. Філософська думка, 3. – С. 21 – 22.
3. Бучма, О. (2023). Релігійно-правовий вимір російської війни проти України на тлі суспільно-державних трансформацій ХХ – ХХІ століть. Філософська думка, 1. – С. 45 – 58.
4. Бучма, О. (2024). Релігія як зброя війни Росії проти України: фокус на православ'ї. Гуманітарний корпус: [збірник наукових статей з актуальних проблем філософії, культурології, психології, педагогіки та історії]. Випуск 52. Київ: ТОВ "НВП Інтерсервіс". – С. 8 – 11

АВТОРИТЕТ СУЧАСНОГО ЛІКАРЯ

“Хто більш освічений – той більше сумнівається у своїй компетенції”
Ефект Даннінга-Крюгера

Репрезентація себе

- Я закінчив медичний інститут в 1986 році, працював, зокрема санітаром, медичною сестрою (такий запис у трудовій книжці), лікарем у стаціонарах, поліклініці, кареті швидкої допомоги, реанімації.
- Маю досвід роботи з хворими різного віку, статі, патології.
- Тема доповіді сьогодні – особливості сучасних лікаря та хворого (пацієнта) у порівнянні з аналогічними 30-40 років тому

Освіта лікаря післядипломна

- Безперервне навчання – курси, конференції. Стажування.
- Кадавер-курси.
- Онлайн курси та обмін досвідом.
- Інтернет фахове середовище – вітчизняне та світове.
- Знання англійської мови зараз не проблема.
- Консиліуми, колегіальна робота.

Традиційне відношення пацієнта до лікаря

- “Оцінювання” пацієнтом лікаря з позиції його професійних, людських якостей.
- “Сарафанне радіо”.
- Відношення пацієнтів – повага та виконання призначень.
- Віра в лікаря (допоможи!!!).
- Впевненість у вітчизняну медицину.

Особливості пацієнтів сьогодні

- Інтернет, ChatGPT.
- Все знають.
- Вплив думки мережі.
- Залежність від віку – молодь – Інтернет.
- Після 50-60 – сарафанне радіо.
- Знижки, фінансові капкани.
- Домінанта “західного рівня”.
- “Туреччина краще”.

Сучасні пацієнти

- Все можливо – все лікується.
- Віра в дива.
- Показ фото пацієнтів як доказ перфектної роботи.
- Зараз повертається віра у вітчизняну медицину (досвід емігрантів).
- Демонстрація Фінансового стану хірурга як доказ професійного рівня.
- “Оцінювання” пацієнтом лікаря з позиції його професійних, людських якостей.

Проблеми лікарів

- Обмежені власні знання.
- Надія на інформацію з інтернету, ChatGPT.
- Штучний інтелект.
- Вузька спеціалізація.
- Швидкий ефект втручання, результат?
- Швидка монетизація.

Сучасні реалії

- Оцінка пацієнтом – наявності аварійного енергозабезпечення.
- Довіра приватним установам.

Павленко П. Ю.,

Відділення релігієзнавства

Інституту філософії імені Г. С. Сковороди НАН України,

pavpavua@gmail.com

ЄВРАЗІЙСТВО – ІДЕЙНА ОСНОВА РОСІЙСЬКОГО ПОЛІТИЧНОГО ПРОТЕСТАНТИЗМУ, ЙОГО ВИЯВИ В СУЧАСНІЙ УКРАЇНІ

В основі устремління ідеологів путінського рашизму лежить ідея про “замкнутий, самодостатній простір”, який має назву “Росія-Євразія”. На переконання євразійців, “Росія-Євразія” являє собою “особливу поліетнічну спільність”, є “особливим географічним і культурним світом”, “цілісним культурно-географічним простором”, “особливою цивілізацією”, “новою соціокультурною ідентичністю”, згідно з якою Росія вбачається “євразійською суперетносом-державою”, “наддержавою”, яка існує в координатах “особливої євразійсько-російської культури”, у своєму “особливому світі”, вибудованому на самотвердженнях слов’янофілів про росіян як новий “богообраний” і “богоносний” народ, про месіанство останнього, його якусь виняткову загальнопланетарну гуманітарну місію. Євразійство у власному сенсі є антизахідництвом, оскільки заперечує орієнтацію на західні цінності, бо розуміє “західництво як заперечення російської самобутності” і російської культури [12].

Але якщо в основу ідеології “русского міра” покладений принцип російського етноцентризму (і це зближує “русскій мір” зі слов’янофільством), то, згідно з євразійством, будь-яка орієнтація на слов’янофільську традицію є шкідливою, бо гальмує “історичний поступ”, “етнічну динаміку” розчинення “в строкатості етнічних хвиль, що захльостують простір Євразії”. Слов’янофільство суперечить притаманній для євразійства ідеї “культурно-материкової єдності” (і це при тому, що витoki євразійства походять в тому числі і зі слов’янофільської традиції, яку дехто й справді розуміє її продовженням) [1, с. 280]. Якщо релігійним підмурком “русского міра” виступає виключно російське православ’я, то євразійство у “класичному” його змістовному вигляді розуміє “православність” ширше, вважаючи “православ’ям” також і російське язичництво – руську дохристиянську релігійну традицію, констатуючи останню як “рідну віру” (рідновірство), яке розуміється “потенційним православ’ям”. Проте сучасне пропутінське євразійство, на відміну від “класичного євра-

зійства”, поняття “православ’я” розглядає ще ширше – поруч із російським православ’ям і російським (як усеслов’янським) язичництвом воно включає ще й протестантизм і неопротестантизм, представники яких мусять бути, кажучи це словами ідеолога витокового російського євразійства Ніколая Трубецького (1890-1938), “носіями вищої загальноросійської культури”, активними будівничими “Росії-Євразії” [13].

У сьогоднішній путінській Росії протестантизм, як поруч й інші релігійні напрямки, проходить процес свого активного з’євразійщення. Станом на сьогодні протестанти вже впровадили євразійський політичний світогляд на віроповчальному рівні, започаткувавши низку євразійських проектів. Чимало вірян (хто свідомо, а хто просто боячись репресій), так чи інакше, підтримують антизахідну політику президента РФ, схвалюють проголошені ним процеси реставрації Росії як імперії. Проте більшість уникають політичних тем, демонструють “нейтральність” до влади, обґрунтовуючи таку позицію відповідними новозавітними текстами, на зразок “кесареве кесареві, а Боже – Богові”.

Утім сам процес євразізації протестантських конфесій започаткувався ще задовго до Путіна – він стартував практично зразу після розвалу СРСР, оскільки у Кремлі розуміли, що покладання на більшовицькі практики у справі утримання колишніх радянських республік у російському політичному полі надалі неможливе, бо ті втратили свій колишній вплив й ідеологічну доцільність. Тож єдиний спосіб залишити пострадянський простір підконтрольним Москві побачили у євразійстві, яке, як вважали, єдине спроможне надати схеми відродження імперського статусу пострадянської Росії. Найлегшим і водночас найдієвішим шляхом поширення і впровадження подібних світоглядів на тодішньому пострадянському просторі мусили стати релігійні організації, які і в пострадянський час продовжували напряду підпорядковуватись колишнім “всесоюзним” центральним органам, які знаходяться в Росії [13].

Слід зазначити, що ці колишні союзні релігійні центри в Росії, які були підконтрольними радянському КДБ після розвалу СРСР автоматично перепідпорядковувались його (КДБ) спадкоємниці – російській ФСБ. Так, сфера пострадянського православ’я й протестантизму залишилась підконтрольною Москві. А тому спускати для реалізації на місцях потрібних директив із центру не складало особливих зусиль. Примітно, але, поруч із російським православ’ям, саме протестантизм надавав реальну можливість російській владі зберегти на пострадянському просторі існуючі зв’язки ще з радянських часів і в такий спосіб відродити СРСР бодай на рівні пострадянського протестантизму. Так, протестантські конфесії в Україні (головним чином баптисти й адвентисти), маючи свої керівні центри в Росії або входячи вже у пострадянський час до якихось наднаціональних релігійних структур із центрами в Росії, стали існувати під потужним російським впливом, а відтак інерційно становити частку вже російського політичного протестантизму і, як наслідок, стали дієвими учасниками політичних сил як у самій Росії, так і за її межами. Оскільки першоосновою кіріло-путінського “руського мира” оголошувалося російське православ’я, то для протестантів той із суто релігійних мотивів був неприйнятний [2]. Тому протестантам із допомогою російських

владних структур підкинули “всеїдну” концепцію євразійства, яка в сучасній її версії чітко спрямована “мобілізувати народ на відродження російської чи “радянської” імперії” [3].

Як зауважує баптистський служитель М. Черенков, “Євразія” у протестантському дискурсі чітко означає “пострадянський простір, зорганізований довкола Росії”, простір, “де Росія зберігає провідну роль” [4]. Тому наївно вважати, що віряни не знають значення свого “євроазійського служіння”, не усвідомлюють отого свого, як вони ще його називають, “євроазіатства”. Більшість протестантських церков в Україні (активно принаймні до повномасштабного російського вторгнення в 2022 р.) підпорядковані євроазійським керівним структурам. Показово, що колишня Всесоюзна рада євангельських християн-баптистів не була за шаблоном “Росія – спадкоємиця СРСР” змінена на “Всеросійську”, а зразу ж стала “Євро-азіатською федерацією спілок євангельських християн-баптистів”, зафіксувавши в такий спосіб свій колишній “загальноімперський” статус.

Тож не дивуємося, що в Україні ось вже на четвертому десятку її Незалежності не існує (за незначним винятком), власне, українських протестантів, українського протестантизму, оскільки їхня “українськість” здебільшого була формальною, територіально-географічною. Натхненні “євразійською місією” пострадянські протестанти називають себе “християнами Євразії” [5, с. 114, 7-8]. Що стосується конкретно російських протестантів, то їхня “євроазійська” ідея вже активно включена в сучасну російську політику. Це передусім доводить провладна позиція ряду протестантських керівників. Лідером міжнародного євразійського руху серед протестантів РФ вважається голова “Російського Об’єднаного Союзу християн Віри Євангельської” С. Ряховський [6; 7]. Останній, активно підтримуючи політику президента В. Путіна щодо реанімації СРСР, називаючи того “обранцем Божим” [8], наголошує, що з часом “протестантська російська церква стане дуже важливою складовою частиною російського громадянського, соціального, і врешті-решт, політичного життя” [6]. До речі, дуже подібною до цієї заяви є позиція протестантів-євразійців, згідно з якою вони “переконані, що майбутнє пострадянських країн залежить не від політичних лідерів, а від нових поколінь християнських лідерів” [5, с. 10], цեбо напpяму від тих своїх вірних, які будуть виховані на традиціях євразійства, будуть його апологетами.

Важливо згадати, що офіційний друкований орган російських протестантів газета “Протестант” за чинним кремлівським пропагандистським кліше називає збройну агресію РФ “российской военной операцией на Украине”, у 2019 р. оприлюднила статтю євразійця Сергія Караганова “Росія – повернення додому (замість передмови)”. У ній російським протестантам у популярній формі викладається про важливість і своєчасність сучасного політичного розвороту Росії від Заходу на Схід “через згасання загальноєвропейського проекту”, про “розумний вибір” “нової східної політики, але тепер уже в євразійському форматі”, про те, що Росія, “стаючи євразійською, возз’єднавши свої переважно європейські культурні корені, зі здебільшого азіатськими, політичними, “увійде до свого розміру”, “повернеться додому”, про те, що євразійство це єдиноправильний культурно-політичний вектор розвитку і що для

протестантів на теренах колишнього СРСР “час для розробки та втілення в життя ідеї єдиної Євразії настав” [9].

Утім єпископ-путініст С. Ряховскій не замкнувся на сповідуванні євразійської ідеології і впровадженні її у церковному середовищі, він пішов далі – став основоположником і лідером пропутінського політичного протестантизму. У своїх інтерв'ю та виступах, особливо протягом останніх декількох років, він підкреслює, що протестанти взагалі, й очолювані ним п'ятидесятники зокрема, підтримують президента В. Путіна у справі розбудови ним сильного громадянського суспільства і великої Росії як Євразії [6]. Невипадково цей служитель симпатизує головному ідеологу сучасного російського фашизму і водночас теоретику пропутінської євразійської доктрини А. Дугіну, називаючи останнього “людиною високого польоту” за те, що той “зміг створити деяку сучасну ідеологію євразійського простору, євразійського світогляду” [6; 10].

У реалізації протестантського євразійського проекту російський політичний протестантизм здійснює ставку найперше на російськомовних вірян за межами Росії. Задля цього протестантам так званого “близького зарубіжжя” нав'язується російськомовність (і, як наслідок, проросійське мислення) як у церковному, так і позацерковному середовищах. Наприклад, в Україні переважна більшість перекладів Біблії, Нового Завіту, біблійних коментарів, богослужбової літератури десятиліттями друкувалась і поширювалась серед протестантів переважно російською мовою, богослужбові заходи здійснювались, як правило (принаймні, у східних і центральних областях нашої країни), російською, проповіді здебільшого виголошувались російською, тому більшість протестантів є, а новонавернені україномовні з часом ставали, російськомовними. Вживання російської на служіння обумовлюється, мовляв, тим, що проповідь Євангелії мусить бути зрозумілою всім присутнім, а тому повинна виголошуватись на “общепонятном языке”, навіть, якщо більшість присутніх вірян є україномовними або розуміють українську. Тому проповідники, прикриваючись подібними поясненнями, часто-густо не бажать переходити на українську, практикуючи у своїх громадах у кращому випадку показову російсько-українську двомовність. Примітно, що чимало україномовних вірян подібна практика непокоїть, але ті змушені коритись з причини відсутності україномовних громад конфесії поблизу дому чи взагалі в їхньому населеному пункті. Відтак україномовність, чітка проукраїнська громадянська позиція серед українських протестантів нині є радше винятком, ніж правилом. Російська мова, домінуючи на релігійних заходах, у подальшому стає нормою і в буденному житті [11]. Іншими словами, більшості протестантам і неопротестантам в Україні, як виявилось, доволі легко було прищепити вигідне Кремлю євразійське мислення, аби в подальшому використовувати їх як носіїв своєї політичної програми, як інструментарій для її (програми) поширення й утвердження, як знаряддя розбудови Росії як Євразії. Політична матриця підсунута під вивіскою євангельського братства спрямована на культивування проросійського світогляду.

Реальність повномасштабної агресії Росії проти України чітко показала, що більшість протестантів в Україні (і головне – протестантські літери), десятиліттями перебуваючи у полоні євразійського (проросійського!) світогляду,

виявились неготовими протягом 2022-2023 рр. адекватно реагувати на воєнні виклики, оскільки протягом майже трьох десятиліть залишалися в колишньому радянському дискурсі, з притаманними для нього пацифізмом, аполітичністю, нейтральністю, опозиційністю до держави і суспільства. Між тим Україна надала всі необхідні умови, права і свободи для вільного конфесійного життя і розвою. Тільки на 3-4 рік повномасштабної війни ситуація мало-помалу починає змінюватись, у вірян поступово починають формуватись проукраїнські погляди, відмова від успадкованого ще з радянського часу пацифізму й опозиційності до держави. Більше того, чимало протестантів всупереч чинній церковній традиції добровільно взяли до рук зброю й стали захисниками України, усвідомлюючи, що байдужість, “нейтральність” у час справедливо оборонної війни – це відверте потурання ворогу, позиція, рівнозначна співучасті у вбивстві країни. Російсько-українська війна стала світоглядною прірвою, яка ідейно, світоглядно розвела російських і українських вірян, бо ж викрила злочинну політичну суть “євразійського служіння” і, як наслідок, її антиукраїнський ідеологічний фундамент.

Література:

1. Савицкий П.Н. Евразийство // Основы евразийства. М.: “Арктогея-Центр”, 2002. С. 266-280.
2. “Форум 20” подвёл итоги двадцатилетия активной евангельской миссии после распада СССР // Ассоциация “Духовное Возрождение”. – URL: http://asr-rm.org/?page_id=1277&paged=14 (дата звернення: 10.05.2025)
3. Современная концепция евразийства // Конституции государств (стран) мира. Библиотека конституций Пашкова Романа. URL: <https://worldconstitutions.ru/?p=1112> (дата звернення: 10.05.2025)
4. Черенков М. Евангельские протестанты Евразии: активная миссия в условиях ограниченной свободы // Релігія в Україні. 1.11.2016. – URL: https://www.religion.in.ua/zmi/ukrainian_zmi/34414-evangelskie-protestanty-evrazii-aktivnaya-missiya-v-usloviyah-ogranichennoj-svobody.html (дата звернення: 10.05.2025)
5. Черенков М., под ред. Гореньков Д., Карпицкий Н., Матюхин Д., Мелешко А., Тетерятников К. Целостная миссия в условиях войны. Пакет идей (Миссия в Евразии: опыт и новые инициативы евангельских церквей. Часть 5). Исследовательская инициатива “Re-Vision”. Киев: Mission Eurasia, 2017. – 116 с.
6. Сергей Ряховский: “Для нас это принципиально, чтобы люди слушали проповедь и видели российский флаг” // Международное Евразийское Движение. 30.09.2004. – URL: <http://med.org.ru/article/1975> (дата звернення: 10.05.2025)
7. Лункин Р. Церковь и государство: Российские протестанты и стратегия политического действия // Евангелие. Христианский портал. – URL: <http://www.evangelie.ru/forum/t20189.html> (дата звернення: 10.05.2025)

8. Глава церкви в России считает Путина «избранником Божиим» // Slavic Sacramento | Russian, Ukrainian News in California. May 29, 2024. – URL: <https://www.slavicsac.com/2024/05/29/russian-protestant-church-putin/> (дата звернення: 10.05.2025)
9. Караганов С.А. Россия – возвращение домой (вместо предисловия) // Газета Протестант. 20.08.2019. – URL: <http://www.gazetaprotestant.ru/2019/08/bolshaya-evraziya-slishkom-razmytoe-ponyatie-chtoby-stat-politicheski-soderzhatelnym/> (дата звернення: 10.05.2025)
10. Международное Евразийское Движение – Интервью | Сергей Ряховский // Протестанты и евразийство. 30.09.2004. URL: <http://med.org.ru/article/1975> (дата звернення: 10.05.2025)
11. Романюк М. Українські баптисти і мовне питання // Scripta – блог Миколи Романюка. Листопад 9, 2016. – URL: <http://www.rmikola.com/pohlyad/ukrayinski-baptysty-i-movne-pytannya.html> (дата звернення: 10.05.2025)
12. Павленко П. Ю. Християнство після Бучі: спроби теоретичних рефлексій катастрофічної дійсності // Філософія в сучасному науковому та соціально-політичному дискурсах. Матеріали доповідей та виступів IV всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю 16-17 листопада 2023 року. Вінниця: ТВОРИ, 2024. – С. 123-127.
13. Павленко П. Євразійська матриця пострадянського протестантизму, її вияви в сучасній Україні. – URL: https://risu.ua/evrazijska-matrica-postradyanskogo-protestantizmu-yi-viyavi-v-suchasnij-ukrayini_n135575

Утющ І. Г.,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,
utyh13@ukr.net

НОВИЙ ІННОВАЦІЙНИЙ ДИЗАЙН МЕДИЦИНИ: ТЕХНОЛОГІЇ ТА МИСЛЕННЯ МАЙБУТНЬОГО

Сучасна медицина переживає революційні зміни завдяки поєднанню експоненційних технологій і нових підходів до мислення. Ми стоїмо на порозі епохи, коли технології дозволяють не лише лікувати, але й попереджати хвороби, а персоналізований підхід стає нормою. Тому, формування нових цінностей експоненційної медицини створює професійну матрицю, яка намагається відповісти на головні питання: що значить бути лікарем у цифрову епоху? Як змінюється сам пацієнт?

Ми стаємо свідками народження **експоненційної медицини** – простору, де стираються межі між біологією, технологією і соціогуманітарним знанням. Відповіді на фундаментальні питання – “чи будемо ми лікувати хвороби через 10 років так, як лікуємо сьогодні?”, “як жити довше, краще і з гідністю?” - більше не лежать лише у клінічній площині, а переходять у сферу цінностей, культури та спільної відповідальності.

Зазначимо, що експоненційна медицина базується на принципах використання технологій, що активно розвиваються, таких як штучний інтелект, генетичне редагування, 3D-друк, впровадження молекулярних нано-і-біо-технологій та використання технологій Big Data. Ці напрямки змінюють підходи до лікування, діагностики та управління здоров'ям.

Завдяки аналізу даних, зібраних з мільярдів пристроїв, людство отримує можливість розуміти складні закономірності, які раніше були недоступними для науки. Технології не лише автоматизують процеси, але й дають нові інструменти для вирішення проблем, які традиційна медицина вирішити не могла.

Наприклад впровадження систем ШІ використовується для аналізу зображень, прогнозування ризиків захворювань та автоматизації медичних процесів. Наприклад, алгоритми Google DeepMind вже сьогодні допомагають у діагностиці раку на ранніх стадіях.

CRISPR-технологія дозволяє змінювати ДНК людини, відкриваючи можливості для лікування спадкових захворювань, таких як серпоподібно-клітинна анемія чи муковісцидоз.

Технології 3D-друку дають змогу створювати штучні органи для трансплантації, що значно скорочує дефіцит донорських органів.

Смарт-годинники та фітнес-трекери, які моніторять життєво важливі показники в реальному часі, дозволяють людям краще розуміти свій організм.

Для досягнення проривів у медицині потрібен не лише доступ до технологій, але й новий підхід до вирішення проблем. Підприємці, науковці та інженери мислять категоріями майбутнього, часто залучаючи міждисциплінарні знання.

Карпенко К. І.,
Харківський національний медичний університет,
ki.karpenko@knu.edu.ua

МЕДИЧНИЙ ЕКОФЕМІНІЗМ: ВИТОКИ ТА МІСЦЕ В ІСТОРІЇ МЕДИЦИНИ

Упродовж значного проміжку історії медицини жінки були виключені з офіційної системи охорони здоров'я. У стародавньому світі та середньовіччі жінки часто виконували роль цілительок або акушерок, але їхні знання залишалися на периферії офіційної медицини. Часто їхні практики вважалися "народними" і не отримували наукового визнання [див.: 1, с. 268]. Ситуація почала змінюватися у XVIII-XIX століттях. Зростання феміністичних рухів кинуло виклик традиційним уявленням про роль жінок у суспільстві, включно з медициною. Жінки почали вимагати права навчатися в медичних закладах і працювати як лікарі [4].

Однією з піонерок медичного фемінізму була Елізабет Блеквелл, яка в 1849 році стала першою жінкою, що отримала медичний диплом у США. Її досягнення відкрило шлях для інших жінок, але боротьба за рівноправний доступ до медичної освіти продовжувалася десятиліттями. У Європі жінки стикалися з подібними перешкодами. Наприклад, у Британії такі постаті, як Софія Джекс-Блейк, боролися за право навчатися у медичних школах,

створюючи власні жіночі медичні коледжі після численних відмов в офіційно діючих медичних закладах [6].

Сьогодні науковий напрямок, що об'єднує ідеї охорони здоров'я, екології та фемінізму, прийнято називати медичним екофемінізмом. Медичний екофемінізм досліджує взаємозв'язок між експлуатацією природи, патріархальними структурами суспільства та гендерними аспектами медицини. Цей підхід прагне запропонувати більш етичну, стійку та інклюзивну медичну практику, виходячи з ідеї, що здоров'я людини і планети є взаємозалежними. Витоки медичного екофемінізму зумовлені ідеологічним підґрунтям екофемінізму як ідеологічного руху, що виник у 1970-х роках як частина ширшого феміністичного та екологічного активізму. Його центральна ідея полягає у тому, що домінування чоловіків над жінками має спільні корені з експлуатацією природи. Медичний екофемінізм як підгалузь цього руху почав формуватися наприкінці ХХ століття, коли стало очевидним, що традиційна медицина часто ігнорує гендерні аспекти та екологічний контекст здоров'я.

На ранніх етапах розвитку медичного екофемінізму його прихильники звертали увагу на те, як медичні дослідження та практики часто нехтують роллю жінок як носіїв традиційних знань про лікування, особливо в контексті народної медицини. Варто визнати, що розгляд в історичному контексті методів медичного пізнання й лікарської практики демонструє присутність в них досить явної гендерної асиметрії. Емпіричній реальності в силу її плінності й невизначеності приписуються жіночі якості, а тому вона також як і жінка довгий час витіснялася на периферію системи медичних пріоритетів. "Емпіричне й жіноче допускалося і його "терпіли" лише в силу того, що його можна і треба пізнати, перетворити з невідомого у відоме, тобто привести неналежне, невідоме, жіноче у відповідність з належним, відомим, чоловічим" [1, с. 263].

Наразі цей стереотип гальмує встановлення симетричних, партнерських гендерних відносин у сучасній медицині і відповідно не дає повною мірою реалізуватися жінкам в прийнятті рішень щодо захисту та відтворення природи. Як не парадоксально, але ж саме в цих галузях практичної діяльності, значимість якої протягом довгої історії замовчувалася, або принижувалася, жінки мають практичні навички і знання. Сучасні екофеміністки також критикують біомедичну модель, що зосереджується на лікуванні симптомів, а не на усуненні їхніх причин, які можуть бути пов'язані з екологічними або соціальними факторами.

Медичний екофемінізм наголошує на необхідності врахування екологічних факторів у питаннях охорони здоров'я. Наприклад, забруднення навколишнього середовища впливає на репродуктивне здоров'я жінок, а також може спричиняти хронічні захворювання у дітей та дорослих. В середині 20 століття видатна американська лікарка та біолог Рейчел Карсон у книзі "Мовчазна весна" (1962) дослідила шкідливий вплив пестицидів на живі організми, а також закликала до зменшення використання токсичних речовин у медицині. Рейчел Карсон є однією з засновниць сучасного екофемінізму.

Медичний екофемінізм підкреслює важливість боротьби з гендерними нерівностями в медицині та доступі до охорони здоров'я. Це включає не лише рівний доступ до медичних послуг, але й усунення стереотипів, що впливають на діагностику та лікування жінок. Також розглядається роль жінок

як медичних працівників та їхня участь у прийнятті рішень.

Ще одним ключовим аспектом є відновлення та визнання традиційних знань про лікування, які часто передавалися серед жінок в межах їхніх спільнот. Медичний екофемінізм наголошує, що ці знання можуть бути корисними для розробки стійких медичних практик. Як міждисциплінарний напрямок у межах екофемінізму медичний екофемінізм досліджує взаємозв'язки між тілом, здоров'ям, навколишнім середовищем та гендером. Його послідовники та послідовниці досліджують, яким чином системи домінування – зокрема патріархат, капіталізм і колоніалізм – формують доступ жінок (та маргіналізованих груп) до охорони здоров'я, впливають на тілесний досвід та екологічні умови життя.

Медичний екофемінізм наголошує на тому, що тіла жінок (особливо вагітних, матерів, працівниць у сільському господарстві, промисловості) непропорційно страждають від впливу токсичних середовищ – хімічних речовин, забруднення, радіації тощо. Традиційна медицина часто розглядала жіноче тіло як “патологічне” чи “ненормальне”. Медичний екофемінізм критикує таку норму, особливо в контексті гінекології, акушерства, контрацепції й репродуктивних технологій, вказуючи на відсутність екологічного й тілесного суверенітету жінок.

Медичний екофемінізм пропонує альтернативну біоетику, що враховує турботу, взаємозалежність, відповідальність і міжвидові зв'язки – на відміну від інструментального підходу до життя. Підкреслюється, що здоров'я неможливе без екологічної справедливості. Хвороби, пов'язані з довкіллям, часто мають соціальні й гендерні виміри. Наприклад, зниження фертильності, гормональні розлади чи рак грудей мають кореляцію з впливом екотоксинів, які акумулюються в жіночому тілі. Американська дослідниця Саллі Л. Кітч, яка активно позиціонує себе як прихильницю медичного екофемінізму, зазначає: “Екологічна несправедливість, або несправедливий розподіл екологічних труднощів, є цілком логічним інструментом у імперіалістичному (також еко-фашистському) арсеналі, оскільки расизм та антиіммігрантські настрої формують моделі екологічного стресу, кліматичних небезпек та екологічної політики. Найголовніше для екофемінізму те, що такі наслідки екологічної несправедливості наражають маргіналізовані групи населення на репродуктивну шкоду” [5].

Під час повномасштабного вторгнення росії в Україну багато жінок опинилися в токсичних середовищах, що є результатом обстрілів, зруйнованих хімічних заводів, нестачі медикаментів, антисанітарії в укриттях. Це особливо загострює питання тілесного виживання, репродуктивного здоров'я, психічної травми в умовах, коли медицина недоступна, а довкілля отруєне. У даному випадку доречно звернутися до міжнародного контексту, до успішного досвіду жінок в інших країнах світу. В 70-х роках минулого століття в межах активістського руху Love Canal американські жінки першими підняли питання зв'язку між онкологічними захворюваннями в дітей та токсичними викидами на території школи. Вони створили мережу солідарності, що поєднала материнство, тілесність і право на чисте довкілля.

Сучасні представниці медичного екофемінізму виводять на передній план досвід жінок у токсичних середовищах, практики медичного догляду (або

його відсутність), впливи війни, колоніалізму та наукового раціоналізму на тіла. Їх теоретичні розробки базуються на взаємозалежних ключових положеннях. По-перше, тіло не є автономною одиницею – воно пронизане зовнішнім світом (токсичними речовинами, стресами, соціальними нерівностями). По-друге, доступ до медичних послуг, чистого довкілля, репродуктивного здоров'я – це політичне та гендерне питання. По-третє, медична система часто є патріархальною, расизованою, екологічно “сліпою”. Американські дослідниці Стейсі Алаймо та Ненсі Туана вивчають тілесну природу в контексті наук про довкілля, матеріального я [2; 7]. Ненсі Туана розробила концепт *trans-corporeality* як способу мислення про тіло у взаємозалежності з середовищем. Шведська екофеміністка Сесилія Осберг та австралійська дослідниця Розі Брайдотті вивчають тенденції та перспективи медичних гуманітарних наук у зв'язку з сучасним екологічним поворотом. Вони підкреслюють свою висхідну методологічну установку “Людська природа – це не той оксюморон, яким ми її собі уявляли. У цю нову планетарну епоху антропоцену, що визначається кліматичними, біологічними та навіть геологічними трансформаціями, спричиненими людиною, ми, люди, повністю перебуваємо у природі. І природа повністю перебуває в нас. Звичайно, так було завжди, але зараз це помітніше, ніж будь-коли раніше: люди вплетені у спів-утворюючі стосунки з природою та навколишнім середовищем, з іншими тваринами та організмами, з медициною та технологіями, з наукою та епістемічною політикою” [3, с. 328].

У XXI столітті медичний екофемінізм особливо актуалізується в умовах глобальних криз – від пандемій до воєн і кліматичних катастроф. COVID-19 підсилив нерівності в догляді, водночас в Україні повномасштабна війна оголила руйнівний вплив на системи медичного забезпечення, довкілля та жіноче здоров'я. У цьому контексті медичний екофемінізм пропонує не лише критичний аналіз, а й візію турботи як політичної дії, заснованої на взаємозалежності, локальності, тілесному досвіді та повазі до живого.

Література:

1. Карпенко К. І. Природа і жінка: Перспективи екофемінізму в Україні: монографія. Харків: Крук, 2005.
2. Alaimo, S. *Bodily Natures: Science, Environment, and the Material Self*. Bloomington: Indiana University Press, 2010.
3. Åsberg, C. & Braidotti, R. “Feminist Posthumanities: Redefining and Expanding Humanities' Foundations”. *The Edinburgh Companion to the New European Humanities* [Edited by Rosi Braidotti, Hiltraud Casper-Hehne, Marjan Ivković and Daan F. Oostveen]. Edinburg University Press, 2024. Pp. 328-348. – URL: <https://www.degruyterbrill.com/document/doi/10.1515/9781399505208-021/html>
4. Karpenko, K. “The Struggle of Ukrainian Women for the Right to Higher Education: Historical and Philosophical Receptions of Liudmyla Smoliar”. *Journal of the History of Women Philosophers and Scientists*, 2(1-2), 2023. Pp. 173-191. – URL: <https://doi.org/10.1163/2666318X-bja00012>, <https://historyofwomenphilosophers.org/journals/journal/vol-2-journal-of-the-history-of-women-philosophers-and-scientists-kateryna-karpenko/>

5. Kitch S. L. "Reproductive Rights and Ecofeminism". *Humanities*. 2023; 12(2): 34. – URL: <https://doi.org/10.3390/h12020034>
6. Koshevaya, K. Історія Елізабет Блеквелл, першої жінки в США, яка здобула медичну освіту. – URL: <https://i-new-york.com/uk/eternal-istoriya-elizabet-blekvell-pershoyi-zhinky-v-ssha-yaka-zdobula-medychnu-osvitu>
7. Tuana, N. "Viscous Porosity: Witnessing Katrina." In *Material Feminisms* [edited by Stacy Alaimo and Susan Hekman], Bloomington, Indiana University Press. 2008. Pp. 188-213.

Чорноморденко І. В.,

Київський національний університет будівництва і архітектури,
hmurii@ukr.net

ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ У ЦАРИНІ МЕДИЦИНИ: МОЖЛИВОСТІ І МЕЖІ

*“Штучний інтелект – або найкраще, або найгірше з того,
 що сталося з людством за всю його історію”*

Стівен Хокінг

На сьогодні вчені (до якої б галузі людської діяльності вони себе не відносили) влаштовують все наростаючі диспути, дискусії, діалоги присвячені, так чи інакше, використанню/невикористанню штучного інтелекту. Найбільш гострі дискусії виникають у широкого загалу, зокрема тих хто має внутрішні переконання під впливом чітко сформованого світогляду. До прикладу, з одного боку, щойно обраний (інтронізований) Папа Римський Лев XIV вважає, що Штучний інтелект є потенційною загрозою для людства, за його словами, розвиток ШІ є одним із найважливіших викликів сучасності. І, як вихід із ситуації, пропонує всім скарбницю свого соціального вчення [1, с.1]. З іншого боку, прихильники ШІ вважають неможливими без його використання тих наукових досягнень, котрі були нездійсненою мрією. Хоча, завдячуючи науковим дослідженням, результати говорять самі за себе. Зокрема, за даними Київського міжнародного інституту соціології 64% населення не використовують ШІ взагалі, маючи при цьому високий рівень обізнаності про ШІ (88%) і в той же час лише невелика частка населення, лише кожен восьмий українець, активно інтегрував ШІ у своє повсякденне життя (бодай раз на тиждень) [2, с.1]. І це відбувається в той самий час коли, як вважається, що рівень діджиталізації у нашому суспільстві неупинно зростає. Зокрема, завдячуючи міністру економіки Юлії Свіриденко в Україні впроваджені безкоштовні і доступні курси, котрі допоможуть опанувати інструмент штучного інтелекту для підвищення своєї конкурентоспроможності. “Цей курс для кожного – від керівників і маркетологів до юристів і освітян. В свою чергу, Google прагне допомогти кожному адаптуватися до цієї нової реальності та використати переваги ШІ. Тому ми раді представити українцям нову платформу з безкоштовними ресурсами для вивчення штучного інтелекту”, – сказала директор Google в Україні Тетяна Лукинюк. [3, с. 1].

Безперечно ШІ, як інструмент, є помічником у сфері освіти, як і в інших галузях людської діяльності, але в сфері медичного використання має блискучі

результати. Хоча, якщо враховувати етичну складову, досягнення спонукають до роздумів, тому що існують межі/червоні лінії, котрі не дозволяє порушувати людська мораль. Отже, навіть якщо враховувати досягнення за допомогою ШІ, котрі не порушують існуючих етичних норм, то їх можна довго перераховувати. Зокрема, ШІ заміняє лікарів (навіть під час оперативного втручання), ставить діагнози, створює нові лікарські препарати, тощо. Наведемо для прикладу таке, “Дослідники Тель-Авівського університету здійснили революційний прорив у галузі онкології. Їм вдалося виявити механізм, за допомогою якого ракові клітини обходять імунну систему організму” [4, с. 1]. “Вчені з Колумбійського університету у Нью-Йорку надрукували на біопринтері безшовні тривимірні трансплантати шкіри для пацієнтів з опіками” [5, с. 1]. “Рак стане виліковним навіть на стадії метастазів за допомогою радіоактивних наночастинок, заявили американські дослідники з Університету Міссурі. Створені вченими радіоактивні наночастки вистежують ракові клітини організмом. Наночастинки створені з радіоактивної форми лютеція та покриті золотом, до них прикріплені речовини, що націлюють. У ході дослідження фахівці спостерігали за тим, як ці речовини постачають радіоактивні наночастинки клітин пухлини. На стадії метастазів рак поширюється по всьому організму, тому стає смертельно небезпечним. Можливість виявляти і видаляти вторинні пухлини дозволить медикам рятувати життя людей, які страждають на ракові захворювання. Це відкриття дозволить у майбутньому розробити ефективне лікування прогресуючих типів раку” [там само]. І таких прикладів існують велика кількість. Але є, на разі, і такі «досягнення» де порушуються етичні норми, тому їх варто припинити, а то і заборонити зовсім. Зокрема, *“Під проводом доктора Девіда Бейкера з Університету Вашингтона представила передову розробку в області штучного інтелекту. Ця інноваційна технологія, названа Rose TTAfold All-Atom, дозволяє з винятковою точністю моделювати та проєктувати біомолекули на атомарному рівні (не тільки білки, а й інші критично важливі біомолекули, такі як ДНК, РНК, та невеликі молекули, наприклад, іони заліза)”* [6, с. 1]. За браком місця і аби не гаяти часу, гадаю досить прикладів. Мене, як освітянина, не може не тішити те, що в Литві впроваджують до шкільної програми опанування інструментарію ШІ. Але в умовах війни нам багато чого не вистачає – насамперед Перемоги. Саме тому, я хотів би завершити словами, сповненими надії на те, що врешті-решт це все-таки відбудеться.

Зокрема, спадають на думку слова Френсіса Фукуями – американського філософа, політолога і публіциста, економіста професора Стенфордського університету, котрий висловлює свою думку щодо нашої перемоги у цій ганебній війні. Він говорить, що для того аби “домогтися стабільного миру є єдиний спосіб – якщо українська армія зможе окупувати Москву і скинути Путіна” [7, с. 1]. А для цього Україні потрібно мати добру освіту (медицину в тім колі, бо і наш президент, В. Зеленський, і М. Федоров, і О. Лісовий – приділяють велику увагу освіті), тому я знову, з великим задоволенням, дозволю собі процитувати Ф. Фукуяму котрий наголошує, що *“Для того, щоб громадянське суспільство могло впоратися зі своїми завданнями, йому потрібна добра освіта”* [8, с. 1]. Залишається побажати копіткої, самовідданої праці, нам, на освітніх теренах України.

Література:

1. Новий Папа Римський назвав ШІ потенційною загрозою для людства. – URL: https://internetua.com/novii-papa-rimskii-nazvav-shi-potenciinoua-zagrozooua-dlya-luadstva?utm_source=ukrnet_news
2. Веклич. А. Більшість українців не користуються штучним інтелектом – опитування (2025). – URL: <https://gwaramedia.com/bilshist-ukra%d1%97nczi-ne-koristuyutsya-shtuchnim-intelektom-opituvannya/>
3. Ковальський В. Опанування платформ зі ШІ (штучний інтелект). – URL: <https://yvu.com.ua/opanuvannya-platform-zi-shi-shtuchnyj-intelekt/>
4. Борисіхіна К. Революція в лікуванні раку? Ізраїльські вчені знайшли слабе місце механізму росту пухлин. – URL: <https://techno.nv.ua/ukr/medicine/ucheni-viyavili-noviy-sposib-borotbi-z-rakom-yakiy-dolaye-immunniy-zahist-puhlini-50462698.html>
5. Шевченко Л. Вчені зі США надрукували на біопринтері безшовну шкіру для трансплантацій. – URL: <https://tech.liga.net/ua/technology/novosti/ucheny-iz-ssha-napechatali-na-bioprintere-besshovnuyu-koju-dlya-transplantatsiy-foto>
6. Лікарі знайшли можливість вилікувати рак навіть на пізній стадії. – URL: <https://woman24.kyiv.ua/krasa-i-zdorov-ya/likari-znajshli-mozhливist-vilikuvati-rak-navit-na-piznij-stadiyi/>
7. “Ви не отримаєте стабільного миру”: Фукуяма висловився про одну з моделей перемоги України. – URL: <https://tsn.ua/ato/vi-ne-otrimayete-stabilnogo-miru-fukuyama-vislovivsya-pro-odnu-z-modeley-peremogi-ukrayini-2684100.html>
8. Щур М. Френсіс Фукуяма про українську демократію і помилкові очікування. – URL: radiosvoboda.org/a/fukuyama-ukrayina-reformy-democratiya/31085269.html

Silvia Capíková^{1,2}, Mária Nováková¹,

¹ Comenius University in Bratislava, Faculty of Law,
Department of Labour law and Social Security Law,

² Comenius University in Bratislava, Faculty of Medicine,
Institute of Social Medicine and Medical Ethics, Bratislava, Slovak Republic
silvia.capikova@flaw.uniba.sk, maria.novakova@flaw.uniba.sk

THE GREY ZONE BETWEEN FREEDOM OF BELIEF AND HEALTH RISKS: ETHICAL AND LEGAL DILEMMAS OF ALTERNATIVE THERAPEUTIC PRACTICES

In the last decade, the popularity of so-called “healers” who systematically reject evidence-based medicine and replace it with unverified therapeutic approaches has been growing in Europe. The seriousness of this phenomenon does not end with health risks – these practices are increasingly legitimized through the language of spirituality, religious identity, or “spiritual growth”. Especially in the

online environment, a discourse is emerging in which illness is understood as a consequence of spiritual imbalance and the rejection of medical clinical treatment is promoted as a form of spiritual awakening. Religious terminology and metaphysical claims become tools for justifying unscientific health interventions.

Unlike medicine, which has established itself as a profession with a strong ethical foundation and has developed as a system based on scientifically verified procedures, verifiability, and testability of treatment methods, “alternative” practices often rely on so-called “eminence” – that is, the charismatic authority of the healer, their personal testimonies and authoritative self-proclamations, persuasiveness, pseudoscientific metaphors, cherry-picking of information and esoteric rhetoric. Patients are convinced that their health problem has an “energetic” or “karmic” cause and that traditional medicine only “suppresses symptoms”, or worse, the cause of illness. Doctors are often portrayed in this environment as agents of the “pharmaceutical mafia” or as “inhuman” executors of the Western greedy system, which is allegedly contrary to “natural” and “spiritual” laws.

“Alternative” forms of treatment, often declared as “holistic”, “natural”, or “spiritual” alternatives to modern medicine, share a common denominator: the rejection of evidence-based medicine and the replacement of scientifically verified procedures with unverified, pseudoscientific, or obscure spiritually justified interventions. These healing practices, denying clinical practice guidelines, which operate outside the framework of healthcare legislation and standardized ethical norms, pose a serious challenge to bioethics, law, and public health.

From a bioethical perspective, practices of healers are problematic mainly because they enter a tense space between patient autonomy, protection from harm, and responsibility for public health. Various problems of the collision of basic principles of bioethics can be identified:

1. Patient autonomy – the patient has the right to decide about their body and health. However, if patients decide based on false, misleading, or mystical claims, autonomy is only formal.

2. Non-maleficence – unverified, unscientific procedures and treatment methods can lead to delays in effective treatment, worsening health conditions, and even death. Such interventions are not ethically defensible.

3. Beneficence – the effect of many healing interventions is not proven. The resulting effect often corresponds to the placebo effect, which cannot, however, legitimize interventions that replace real treatment. Thus, they are not in line with the principle of the patient's best interest.

4. Justice and responsibility – Healers do not face the same level of regulation as doctors. They are not subject to medical supervision, do not have mandatory liability insurance, and are not subject to professional competence checks, duty to keep medical records. This puts the patient in an asymmetrical position in which they do not have sufficient guarantees of protection.

Healing interventions can be harmless, but in many cases, they lead to delays in professional treatment, can worsen the patient's health condition (e.g., in oncological diseases), cause psychological suffering – especially if the patient feels that “they are to blame for their illness”, can cause family disruption – for example, if the healer identifies a family member as the cause of the illness or if the

patient spends family savings on financing therapy or purchasing recommended products and means. Patients often experience relationship deterioration and isolation, feeling enlightened by knowledge and misunderstood by their near ones.

Contrary e.g. to “traditional healers” – “herbalists”, who use phytotherapy, this specific type of authoritative healers often use pseudoscientific language and props to create an impression of expertise, while connecting their procedures with metaphysical justification and legitimization, as well as denigrating medicine and doctors and pharmaceutical manufacturers. Some of healing directions even label “Western” or “academic” medicine as the cause of health damage, weakening the body’s self-healing ability, and an obstacle to spiritual development.

For doctors, on the other hand, it is ethically and legally unacceptable to provide diagnostic services and therapies that have not been proven effective, especially in the case of serious illnesses, or give empty promises, or deny/withhold information about the known risks of suggested clinical procedures.

Healers in Slovakia, as in many legal systems, operate in a grey zone. The legislation does not explicitly regulate them as health professions, which creates room for a legal vacuum. The lack of sufficient regulation allows healers to avoid legal responsibility as long as they do not present themselves as doctors, do not provide invasive interventions, and the patient consents to their actions. Legal protection of the public is implemented through other institutions.

From the perspective of public health protection in the Slovak Republic, it is significant that only approved dietary supplements, medicines, and medical devices authorized by state authorities are available on the market. The State Institute for Medicines Control has broad competencies in the field of pharmacy and performs state drug surveillance [1]. The Public Health Authority of the Slovak Republic records the notification of placing a dietary supplement on the market in the Slovak Republic based on a submission that contains prescribed particulars, including the content of the active substance, dosage, and it is necessary to provide a declaration of completeness and truthfulness of the data stated in the notification of the composition and labeling of the dietary supplement. The Authority’s control activities are carried out in the form of state health supervision, which can prohibit the distribution of unauthorized dietary supplements and impose sanctions [2]. In the event of a person’s death, the Healthcare Surveillance Authority (Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou) orders an autopsy of a person who died outside a healthcare facility or a person who died in a healthcare facility if there is suspicion of improper procedure in providing healthcare or performing healing activities. The Office may also order an autopsy at the request of a person who is a close relative of the deceased [3].

Which of the human rights should be prioritized – freedom of religious beliefs versus health protection? The principle of freedom of Freedom of thought, conscience and religion is guaranteed by Article 9 of the European Convention on Human Rights [4]. However, this freedom is not absolute – in a democratic society it can be limited if it endangers the health or life of others. In the case of healers who use religious language to justify refusing treatment, this may be an abuse of this freedom, especially when it concerns children, the elderly or people who are incapable of making their own decisions.

Practices of healers are often ethically, legally and socially controversial. They move in the space between freedom of religion and the right to health, between personal faith and public interest. In a democratic society, it is necessary to respect the autonomy of the individual, but at the same time to create regulatory mechanisms that prevent abuse of the trust of patients and ensure that everyone has access to safe, proven and effective care. Regulating the gray zone of medical treatment is a challenge for bioethics, law and public policy.

References:

1. Act No. 355/2007 Coll. on the Protection, Promotion, and Development of Public Health and on the Amendment and Supplementation of Certain Acts, as amended.
2. Act No. 362/2011 Coll. on Medicines and Medical Devices and on the Amendment and Supplementation of Certain Acts, as amended.
3. Act No. 581/2004 Coll. on Health Insurance Companies, Supervision of Healthcare, and on the Amendment and Supplementation of Certain Acts, as amended.
4. Council of Europe: The European Convention on Human Rights. Rome, 4.XI.1950.

Ханжи В. Б.,

Одеський національний медичний університет,
Vladkhan.od@ukr.net

ОСНОВА ВИЗНАННЯ І ПРИЙНЯТТЯ ІСТИНИ ЯК КРИТЕРІЙ ЗІСТАВЛЕННЯ РЕЛІГІЇ ТА НАУКИ

Проблема можливостей узгодженого спільного розвитку релігії та науки в їхніх пізнавальних прагненнях є надзвичайно актуальною для сучасного суспільства, що живе ідеєю плюралізму світоглядних позицій. Однак складність такого пошуку посилюється критикою, дуже часто – позбавленою толерантності та конструктивності, що періодично лунає від радикально налаштованих представників як однієї, так і іншої культурних областей.

У матеріалах представлено результати порівняльного аналізу релігії та науки, причому з низки можливих методологічних підстав зіставлення даних пізнавально-культурних сфер обрано епістемологічний критерій – базову основу визнання та прийняття істини (про різні критерії зіставлення релігії та науки в епістемологічному аспекті – див. [1]). Традиція їхнього протиставлення редукує фундамент релігії до віри, тобто людської властивості визнавати щось у якості істинного, не потребуючи на обґрунтування фактологічним або логічним шляхами, а фундамент науки – до знання раціонального, обґрунтованого. Однак чи дійсно ми маємо справу з такою різкою однозначністю й протиставленістю? Як своєрідні способи тлумачення проблеми співвідношення віри та розуму виділяються три позиції, що сформулювалися ще у середньовічну епоху. В загальних рисах ці підходи можна висловити так:

1. “Вірую, бо абсурдно” (лат. – “Credo quia absurdum est”) – вираз, що є парафразом фрагмента праці богослова та філософа II–III ст. Тертуліана “Про плоть Христа”. Іншими словами, якщо істина деяких положень Святого Письма, як надрозумна, не піддається раціональному засвоєнню, то саме віра у цій справі залишається єдиною можливим пізнавальним інструментом.

2. “Вірую, щоб розуміти” (лат. – “Credo ut intelligam”). Така позиція була притаманна, наприклад, богословам і філософам (відповідно – IV–V ст. та XI–XII ст.) Аврелію Августину і Ансельму Кентерберійському. В її рамках наголошується, що базисною основою пізнання є віра, вона передує розуму й обумовлює раціональні пошуки. Проте, хай істина і дається людині повноцінно, але заради кращого усвідомлення наданого Бог дарував їй розум.

3. “Розумію, щоб вірити” (лат. – “Intelligo ut credam”) – підхід П’єра Абеляра (XI–XII ст.). На думку цього філософа, справжніми авторитетами у встановленні істини, а також критерію перевірки будь-якого знання на істинність є і Святе Письмо, і мислення (концепція “двох істин”). Ареалом компетенції віри (предметністю Святого Письма) є сфера трансцендентного буття. Водночас мислення виконує дві функції, по-перше, роблячи ясним і зрозумілим зміст віри, по-друге, у спірних і сумнівних випадках приводячи до самостійної побудови способів розв’язання проблеми.

Не секрет, що релігійна віра часто підкріплюється знанням, зокрема історичним. Згадки про життя та діяння Ісуса Христа зустрічаються у стародавніх істориків Йосипа Флавія, Плінія Молодшого, Корнелія Тацита. Так, в одному зі своїх найвідоміших творів “Юдейські старожитності” Йосип Флавій свідчить про життєдіяльність Ісуса Христа та про “плем’я християн” [3, с. 487], про страту Іоанна Хрестителя [3, с. 491 – 492], побиття камінням апостола з сімдесяти Якова, якого іменували братом Господнім [3, с. 545].

Дослідження історії християнства немислиме без кропіткої пошукової роботи щодо полеміки в рамках доктринальної, політичної (в церковному аспекті) та судово-дисциплінарної проблематики й ухвалення відповідних рішень, які відбувалися на Вселенських соборах, а також подальших наслідків їхнього впровадження у життєдіяльність. Так, вельми цінними не тільки з клерикальної, але й з наукової точки зору є свідчення про події Першого Нікейського собору (325) Євсевія Кесарійського, Афанасія Александрійського Великого (обидва були його безпосередніми учасниками) і деяких істориків пізнішого часу. Крім того, автори нерідко вдавалися до документального підкріплення описів подій, через що їхні роботи набули в додаток до історичної ще й неабиякої юридичної значущості. Наприклад, у роботу “Апологія проти аріан” св. Афанасієм Великим включено більше трьох десятків офіційних документів (були створені та набули чинності вже після Нікейського собору – за період з 328 по 347 рр.), зокрема імператорських указів, у багатьох з яких згадуються рішення Першого собору та аналізуються подальші події-наслідки.

Водночас наука, будучи сферою, здавалося б, виключно раціональною, як виявляється, також не є позбавленою елемента віри. Український дослідник А. Ю. Цофнас, справедливо вказуючи на необхідність термінологічного розрізнення видів цієї людської здатності, виокремлює, з одного боку, “віругадку”, зовнішню, умовну, поверхневу (“маленьку”) віру (англ. – belief), з іншого

– “велику” віру (англ. – faith), тобто глибинно-сутнісну здатність, пов’язану зі структурою особистості, що, цілком можливо, не потребує на зовнішнє підтвердження [2, с. 269].

З огляду на вказане, доречним є звернення до концепції розвитку науки американського філософа і методолога науки Томаса Куна (запропонована у роботі “Структура наукових революцій”), у якій автор представив процес наукового становлення як послідовність парадигм (від грецької παράδειγμα – “приклад, модель, зразок”), тобто фундаментальних моделей думки у вигляді сукупності аксіом, принципів, норм, приписів, що виступають для наукової спільноти як зразкові способи постановки та розв’язання проблем [4, с. 23]. Пізніше сам Кун визнав, що теорії та концепції, які набули статусу парадигм, можуть не тільки змінювати одна одну, а й парадоксальним чином співіснувати, принципово по-різному вирішуючи головоломки науки. Якщо це так, то істинними у сенсі “доречними в рамках відповідної системи обґрунтування” стають всі конкуруючі підходи (зрозуміло, кожен у певних умовах). Тож ключова роль у визначенні русла діяльності науковця відводиться як раціональним засадам, так і вірі. Остання виражається у виді впевненості в авторитетності обраної вченим наукової школи, а також у справедливості положень культивованої нею парадигми.

До речі, ця думка Куна викликала численні претензії. Так, Карл Поппер, визнаючи тезу Куна про суттєвість психологічного чинника під час ірраціональних переходів від одного “концептуального каркасу” до іншого (“переключення гештальта”) [5, с. 53], вказує, що визначальними, фундаментальними підставами ухвалення рішення на користь нової моделі є раціонально-логічні. Проте на відповідь Попперу і на підтримку Куна зазначу таке. Безумовно, однією з фундаментальних вимог, що висувається до теоретичних побудов, є вимога їхньої раціональності, тобто обґрунтованості, базування таких на системі аргументації. Водночас у якості положень, що задають саме русло теоретизування, використовуються аксіоми – одна з найсуттєвих компонент парадигмальних джерел наукових співтовариств. І оскільки аксіоми за визначенням є положеннями, що відкриваються ясно, самоочевидно і не потребують доказів, то з цього випливає те, що вчені в них просто вірять. Аксіоми, не потребуючи (подібно до релігійних істин) на обґрунтування, самі слугують підставами теоретичних побудов у відповідних галузях науки.

Цікаві розвідки щодо синтетичних категоріальних конструкцій – “знання про віру” та “віра у знання” – надає А. Ю. Цофнас. В обох випадках у результаті ми маємо справу з переконанням [2, с. 277]. Спроба розробки “знання про віру”, тобто раціоналізації її положень, що виливається у “залізобетонне” переконання-faith, яскраво представлена у доказових системах щодо трансцендентного буття, наприклад – у моделях доведення існування Бога. Зі свого боку, переконання, базоване інтенцією “віри у знання”, є достатньо природним у науці. Поппер на тлі своєї у цілому критичної позиції щодо кунівського бачення чинників обрання вченими наукової традиції і переходів від однієї парадигми до іншої, визнавав, що ці переходи дійсно іноді нагадують навернення до іншої релігії [5, с. 56]. Відомі й прямо протилежні варіанти, коли адепти основних ідей парадигми із завидною наполегливістю здійснюють

кропітку роботу з “розв’язання головоломок” саме в рамках заданих нею приписів. Причому ця дослідницька діяльність із відданістю, що нагадує релігійну (аж до фанатизму!), може реалізовуватися на тлі тимчасового нехтування встановленими фактами, що суперечать розроблюваній теорії (“принцип завзятості (tenacity)” Пола (Пауля) Фейєрабенда).

Отже, через порівняльний аналіз релігійної і наукової сфер за критерієм основи визнання та прийняття істини показано, що ці культурні галузі можуть розвиватися спільно, не тільки не суперечачи і навіть органічно доповнюючи одна одну у проблематизації фундаментального рівня. Є достатні підстави заявити про перспективність зміцнювального взаємопроникнення *фідеального* й *раціонального* і, відповідно, *синергійного*, *коеволуційного* становлення релігії та науки.

Література:

1. Ханжи В. Б. Взаємодія науки і релігії: епістемологічний аспект. Частина перша. *Перспективи. Соціально-політичний журнал*. 2025. № 1. С. 130–137. DOI: <https://doi.org/10.24195/spj1561-1264.2025.1.17>
2. Цофнас А. Ю. Теория систем и теория познания: монографія. Одесса: Астропринт, 1999. 308 с.
3. Flavius Josephus. *Antiquities of the Jews. The Works of Flavius Josephus, the Learned and Authentic Jewish Historian. To Which are Added Three Dissertations, Concerning Jesus Christ, John the Baptist, James the Just, God's Command to Abraham, Etc. / With a Complete Index to the Whole; Translated by William Whiston, A. M. Auburn and Buffalo : John E. Beardsley, 1857. Pp. 27–550.*
4. Kuhn T. S. *The Structure of Scientific Revolutions*. 3rd ed. Chicago; London: University of Chicago press, 1996. XIV, 212 p.
5. Popper K. R. *The Myth of the Framework. The Myth of the Framework: In Defence of Science and Rationality / Ed. By M. A. Notturmo. London, NY: Routledge, 1996. Pp. 33-64.*

Пустовіт С. В. ,
Національний університет охорони здоров'я України
імені П. Л. Шупика,
pustovit-sv@ukr.net

ЦИКЛ “ТЕХНОЛОГІЇ НАУКОВОЇ ТВОРЧОСТІ. ОСНОВИ АКАДЕМІЧНОГО ПИСЬМА ТА РИТОРИКИ”: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ВИКЛАДАННЯ

Навчальна дисципліна “Технології наукової творчості. Основи академічного письма та риторики” для підготовки докторів філософії в аспірантурі була розроблена співробітниками кафедри філософії (Пустовіт С. В., Бойченко Н. М., Киричок О. Б.) та впроваджена в навчальний процес в Національному університеті охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика в

2016 році [1]. В якості мети дисципліни передбачалося здобуття аспірантами теоретичних знань та практичних умінь, навичок, оволодіння особливими компетентностями, необхідними для інноваційної науково-дослідної діяльності, продукування нових ідей, концепцій та теорій, розв'язання міждисциплінарних теоретичних та практичних завдань. Зараз дисципліна викладається на кафедрі фундаментальних дисциплін та інформатики НУОЗУ імені П. Л. Шупика в якості вибіркової для аспірантів різних спеціальностей в галузі охорони здоров'я та соціального забезпечення.

Дисципліна спрямована на систематизацію знань про цінності та загальні наукові принципи наукового дослідження, вивчення здобувачами вищої освіти особливостей наукової методології дослідження та технології наукової творчості. З метою кращого засвоєння знань, формування відповідних професійних компетентностей використовуються різні освітні технології: читання лекцій з елементами дискусії, проведення семінарських занять з елементами мозкових штурмів, організація міні-конференцій з презентаціями про видатних особистостей, організація дискусій, написання есе, підготовка наукової промови, критичний аналіз наукових статей, презентацій та ін.

Як правило, навчальні цикли з методології дисертаційного дослідження включають в себе питання логічної організації, планування, структурування, методологічних принципів, засобів та методів наукової діяльності. Але, питання зв'язку окремих форм та методів наукової діяльності з феноменом творчості не так часто привертає увагу викладачів у зв'язку з його міждисциплінарним та комплексним характером. Це обумовлено низкою причин: 1) чисельністю теоретичних підходів до поняття творчості; 2) складністю міждисциплінарного об'єднання методологічних засад природничих, гуманітарних наук та мистецтва в контексті розв'язання проблеми творчості; 3) ірраціональними складовими процесу творчості, непридатними для остаточної раціоналізації та технологізації; 4) різноманітністю технологій наукової творчості. Феномен творчості є також складним предметом з точки зору виокремлення форм та методів творчої діяльності, вивчення етапності творчого процесу [2], а також моделювання.

Терміни творчість або креативність дуже поширені в науковому дискурсі, але елементи творчості притаманні будь-якій людській діяльності. Найбільш розповсюдженим є тлумачення, згідно з яким творчий процес – це створення якісно нових, невідомих раніше духовних або матеріальних цінностей. Існує також точка зору, що творчість – це діяльність, спрямована на самовираження і самореалізацію внутрішніх потреб особистості. Вона задовольняє екзистенційні потреби людини, але, одночасно, існує небезпека надати творчого виміру повсякденним видам людської діяльності, презентаціям та культурним артефактам, які мають ремісницький, рутинний характер.

Творчість зберігає свій нерозривний зв'язок з своїми соціокультурними, історико-філософськими передумовами, еволюцією поглядів людства на зміст та призначення науки та мистецтва, а також антропологічними концепціями. В історичній перспективі концепції творчості постійно змінювалися: від аристотелівського мімесіса за часи Давньої Греції до творчості як божественного дару та покликання у Середньовіччі; від творчості як елітарної ексклюзивності та піднесення в епоху Романтизму до розуміння творчості як особистого

досвіду, знань та навичок в Новітній час; від ідеї творчості як божевілля (Ч. Ламброзо) до творчості як реалізації суб'єктності та інноваційної ролі митців, винахідників, інтелектуалів, експертів тощо (П. Штомпка).

Феномен творчості має широкий спектр наукових підходів до свого визначення з позицій філософії, естетики, психології, педагогіки, зокрема мистецької педагогіки, мистецтвознавства та інших напрямів наукових знань [3, с. 24]. Його неможливо охарактеризувати однозначно, саме тому існують різні парадигмальні матриці творчості як системного явища. Інтеграція різних наукових підходів суттєво вплинула на формування численних міждисциплінарних візій предмету творчості. Але, методологія, яка забезпечує існування міждисциплінарних досліджень, часто вступає в протиріччя з дисциплінарною етикою; трактується як маргінальна, така, що “відволікає увагу” професіоналів від актуальної мети, якої прагне та чи інша дисципліна, спрямована на рішення “випадкових завдань”. По суті, викладач, який прагне об'єднати природничі, гуманітарні науки та мистецтво під егідою “творчості”, є місіонером, здійснюючим подорож у середовищі різноманітних дисциплінарних онтологій (Буданов В.Г.).

За часи Романтизму (17-18 ст.) була сформована елітарна концепція художньої творчості як моделі творчого процесу взагалі, в основі якої – уява та почуття, через які встановлюється зв'язок між митцем та природним поривом та духом. Відповідно до ексклюзивної точки зору на творчість, раціональне знання обмежене своїми об'єктами та предметами, а уява та фантазія охоплюють весь світ. Ще і сьогодні “художник” та його уява (інші ірраціональні та інтуїтивні складові творчого процесу), залишаються парадигмальними для розуміння феномену творчості. Незалежно від індивідуальної специфіки суб'єкта творчості, його діяльності та виду творчості творчий акт складається з декількох закономірних етапів та обов'язково містить інтуїтивну складову. На першому етапі формулюється задум, який виникає спонтанно (М. Арнаудов) [4, с. 163]. На другому етапі концентрації відбувається взаємодія емоційних та інтелектуальних моментів творчості. Останній етап є реалізацією задуму за допомогою вольових зусиль автора. Завдяки особливих переживань єдності з буттям, повноти життя та піднесення реалізується сходження людини до вищих щаблів духовності, моральності та свободи, розвиток особистості та культури.

Сучасний стан освіти й науки вимагає від аспіранта не тільки розуміння методології науково-дослідної роботи, але й теоретичних уявлень та практичних навичок її організації як певного творчого процесу. Теоретичне дослідження на здобуття наукового ступеню з методологічної точки зору належить до вищого рівня наукового знання, оскільки розкриває та обґрунтовує глибинні й суттєві сторони досліджуваних явищ. На нашу думку, незважаючи на складність предмету, включення в систему підготовки докторів філософії в аспірантурі філософсько-методологічного аналізу проблем творчості в природничих та гуманітарних науках, вивчення закономірностей, етапів та механізмів творчого процесу та творчої інтуїції, значною мірою сприяє зростанню методологічного рівня науковця, активізує його власну творчу діяльність, підвищує евристичні можливості філософії у викладацькій діяльності філософських дисциплін для представників природничих наук.

Література:

1. Робоча програма та план вибіркової навчальної дисципліни "Технології наукової творчості. Підготовка автореферату та рукопису дисертації". – URL: https://www.nuozu.edu.ua/images/Novosti/21_04_20-14.pdf (дата звернення 14.04.25).
2. Андрусишин Б., Токарчук О., Опольська Н., Білозьоров Є. Концепція творчості як міждисциплінарна складна адаптивна система. *Interdisciplinary Studies of Complex Systems*. 2021. No. 18. С. 71-84.
3. Овчарук О. В. Творча особистість як суб'єкт культури в парадигмальних вимірах осмислення. *Вісник Національної академії керівних кадрів культури і мистецтв*. 2021. № 2. С. 23-30.
4. Поліщук О. Інтуїція. Природа, сутність, евристичний потенціал. К.: Вид. ПАРАПАН, 2010. 228 с.

Предко О. І.,
КНУ імені Тараса Шевченка,
olenapredko@knu.ua

НОВІТНІ РЕЛІГІЙНІ РУХИ В УМОВАХ РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ: МЕХАНІЗМ ВИНИКНЕННЯ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПРОЯВИ

Війна спричинила глибокі трансформації в релігійному житті суспільства: зросла релігійна мобілізація, активізувалися волонтерські, гуманітарні та душпастирські ініціативи, в тому числі з боку новітніх релігійних рухів. У період екзистенційної загрози, втрат і невизначеності люди частіше звертаються до релігії як джерела надії, розради та сенсу. Це створює умови для зростання впливу як традиційних, так і новітніх релігійних течій. Деякі новітні релігійні рухи активно підтримують Збройні Сили України, займаються волонтерством, що сприяє інтеграції релігійної ідентичності в національно-визвольну боротьбу. Однак деякі новітні релігійні рухи (далі – НРР) використовуються як інструменти інформаційної війни, маніпуляції свідомістю або можуть бути пов'язані з антидержавною пропагандою. Це вимагає глибокого аналізу їхньої діяльності в умовах конфлікту.

Механізм виникнення НРР можна пояснити як сукупність соціальних, психологічних, культурних та духовних чинників, які сприяють формуванню нових форм релігійної організації та вірувань. Основні етапи та механізми виникнення НРР включають, по-перше, кризу традиційних форм релігійності, що проявляється у зниженні авторитету традиційних церков через формалізм, бюрократизацію, політичну заангажованість та розчаруванню у "офіційній" релігії підштовхує людей до пошуку альтернативних духовних практик. По-друге, психологічні та соціальні чинники сприяють появі НРР, зокрема індивідуальні пошуки сенсу життя, потреба у спільноті, ідентичності, підтримці; також травматичний досвід (війна, втрата, емоційні кризи) активізують звернення до нових духовних систем. Тобто контекстуальні фактори- війна, соціальна турбулентність, економічна нестабільність, потреба в надії та мобілізації духу створюють сприятливе середовище для появи НРР. Ці чинники посилюються з поява харизматичного лідера з переконливою візією,

харизмою та здатністю об'єднувати людей навколо нових ідей. Такий лідер часто проголошує нове одкровення, тлумачення старих релігій або заснування "істинної церкви". Цілком слухною є думка українських науковців О. Предко та Д. Предка про те, що поширення релігійних епідемій (вважаємо, що і НРР) має ряд етапів, зокрема на латентній і підготовчій стадії (криза в суспільстві, нереалізовані амбіції, духовні пошуки тощо), накопичується ряд мотивів і спонукань, які готують підґрунтя. На наступному етапі відбувається вибуховий спалах. Джерелом спалаху стає пристрасна особистість, поява "живого" Бога, навколо якого формується активізуючий набір релігійних факторів, які зміцнили та започаткували творення священного простору: отримання одкровення, божественне зічлення, сходження Святого Духа тощо. На третьому етапі можна відстежити процес інституціоналізації – перетворення на релігійну громаду, що супроводжувалося швидким поширенням вчення [2, с. 87-88]. Отже, новітні релігійні рухи виникають у відповідь на духовну та соціальну потребу часу. Їх поява є результатом взаємодії особистісного пошуку, кризи традиційних систем, харизми лідера та адаптації до сучасних умов.

Власне, саме таким є механізм виникнення релігійної організації "Руська православна церква Царської Імперії", головний духовний центр якої знаходиться у Російській Федерації, а очолює її т. зв. "державний патріарх всієї Триєдиної Русі" Зосима (громадянин рф Леонід Власов). Згідно нормативно-правовим документам діяльність даної організації є забороненою, позаяк Закон України "Про захист конституційного ладу у сфері діяльності релігійних організацій" [1] забороняє діяльність іноземних релігійних організацій, які знаходяться в державі, яка визнана такою, що здійснила або здійснює збройну агресію проти України та/або тимчасово окупувала частину території України (ст.2). Відповідно до цього закону, релігійні організації, пов'язані з Російською Федерацією, повинні припинити свою діяльність в Україні. Таким чином, якщо організація "Руська православна церква – Царська імперія" має зв'язки з Російською православною церквою або іншими російськими релігійними структурами, її діяльність в Україні вважається незаконною.

Справжнє ім'я Зосими – Леонід Олександрович Власов. Він народився в Казахстані у 1982 році. Сам про себе каже, що виховувала його вулиця. В результаті потрапив до колонії для неповнолітніх. Потім ще тричі бував ув'язнений, один раз за особливо тяжкий злочин. Загалом, у в'язниці він провів чотирнадцять-п'ятнадцять років. До речі, це може пояснити довжину рукавів одягу та підрысника – необхідність прикрити тюремні наколки. У 2017 році Л. Власов знайшов єпископа-самозванця, який "постриг" його у велику схиму, потім "посвятив" у священника, а потім і в "єпископа". Все це неможливо за церковними правилами: існує заборона висвячувати у священний сан людину з тяжкими гріхами, тим більше з тюремним минулим. Причому його "посвячення" було здійснено по телефону. Загалом, така хіротонія неможлива в принципі. Ставши "єпископом", Зосима намагається створити свою "церкву", стверджуючи, що тільки вона не впала в брехню екуменізму і глобалізму. В Україні не зареєстровано релігійної організації під назвою "Руська православна церква – Царська імперія" ("РПЦ ЦІ" – надалі), однак вона діє.

РО "РПЦ ЦІ" є тоталітарною, з елементами екстремізму та псевдо-православності, що проявляється у культі особи лідера (замість поклоніння

Богу), імперськості, позаяк проповідує створення незалежної держави “Триєдина Русь” під керівництвом Власова (існування росії, України та Білорусі прихильники РПЦ Ці не визнають, вважаючи їх “західними корпораціями”; ідеологічному контролі що відстежується як у жорсткому ієрархічному підпорядкуванні, забороні на альтернативні джерела інформації, так і подачі доктрини як абсолютної істини, інші релігійні або світоглядні системи оголошуються хибними або небезпечними (ПЦУ, УПЦ). Відстежується пропаганда, нетерпимість до “інакших”, що сприяє розпалюванню ненависті або насильства; псевдоправославності (організація заявляє про приналежність до православної традиції, але у ній відстежується спотворювання основних догматів (віряни вчать слухатися не Христа та Євангеліє, а авторитарного керівника, підтасовування цитат з Біблії з метою маніпуляції тощо). Людину, хоч трохи знайому зі Святим Письмом і вченням Православної Церкви, не може не насторожити і не відштовхнути той факт, що Л. Власов та його послідовники довіряють виключно передбаченням, видінням і снам. Наприклад, проголошення себе “царем” та творцем “Триєдиної Русі” Власов пояснює явищем “царя-спокутувача Миколи”, який нібито і наказав йому це зробити; обмеженні свободи волі (людей переконують, що спасіння можливе лише в межах конкретної групи, а всі інші релігійні громади – “від диявола”). Разом із “царською присягою” послідовники Зосими зобов’язані принести до нього чималу суму: обов’язково продати нерухомість, яка служила житлом, та оселитися в громаді в одному з віддалених сіл. Цей факт доводить, що головною реальною метою діяльності лжемитрополита Зосими є особисте збагачення; екстремізм (неодноразові заяви про юдейську змову, що проявляється у політичному проєкті “Триєдиної Русі”).

Російсько-українська війна стала каталізатором духовного пошуку, активізувавши інтерес до нетрадиційних форм релігійності. У кризових умовах посилилася потреба в нових сенсах, психологічній підтримці та ідентичності, що сприяє виникненню новітніх релігійних конструктів. НРР демонструють високу адаптивність до викликів війни – зокрема, в умовах руйнування інфраструктури, переміщення населення, соціальної тривоги та недовіри до інституцій. Вони формують нові духовні спільноти, мобілізують волонтерські ініціативи, забезпечують емоційну підтримку, виконуючи, з одного боку, конструктивну роль, а з іншого – деструктивну, часто виконуючи інструментально- маніпулятивну функцію.

Література:

1. Закон України “Про захист конституційного ладу у сфері діяльності релігійних організацій” – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3894-20#Text>
2. Predko O., Predko D. Religious Epidemics on the Territory of Ukraine: Historical Parallels and Essential Characteristics. Occasional Papers on Religion in Eastern Europe. 2021. Vol. 41. Iss. 1. P. 77-90. – URL: <https://digitalcommons.georgefox.edu/free/vol41/iss1/77/>

DIGITAL EMPATHY: CONCEPT, DEFINITION, OPPORTUNITIES, AND RISKS OF PASTORAL SUPPORT IN VIRTUAL ENVIRONMENTS

Digitalization has fundamentally transformed how individuals communicate, build relationships, and share spiritual experiences. This shift also affects the church and pastoral context, which faces the challenge of technically entering the digital space and, more importantly, recognizing it as a relevant field for pastoral ministry. In this context, the concept of digital empathy gains importance. It is based on principles of pastoral communication applied in online environments and represents the ability to perceive, express, and convey understanding, spiritual closeness, and emotional support within digital interactions.

The Internet as a medium can contribute to the pastoral process in diverse ways – from spreading spiritual content through Christian websites, podcasts, online worship services, and prayer meetings, to enabling personal contact with spiritual guides. These guides serve as bearers of spiritual values, ready to engage in dialogue, provide accompaniment, and reflect on existential questions within digital platforms. In these forms of mediated interaction, digital empathy emerges as an essential prerequisite for authentic communication.

Empathy remains a key skill of the 21st century. In the online space, it calls for adapting traditional forms of pastoral care to environments lacking immediate physical presence and nonverbal communication, which have traditionally been natural carriers of empathetic contact. For this reason, digital empathy – the ability to be emotionally present, actively listen, and respond sensitively through technology – becomes an essential part of effective pastoral support. However, it demands new competencies: sensitivity to expressions of digital identity, the ability to interpret nonverbal cues even in written or audiovisual communication, and the willingness to create a safe online environment for sharing spiritual and existential topics. Digital empathy, therefore, does not merely mean transferring empathy to the online world but actively cultivating it in a space where human contact is mediated, making conscious effort toward understanding and presence all the more important.

The format and nature of social interactions are fundamentally influenced by each medium. Among others, J. Meyrowitz highlights the impact of new media, which change the “place” where social reality occurs, creating new communication environments and thus redefining the rules of interpersonal exchange [1]. This concept was originally introduced by M. McLuhan in the 1960s, when he argued that “media are extensions of man” and that the form of a medium is as important as the content it conveys – a notion famously summarized by his phrase “the medium is the message” [2]. McLuhan thereby emphasized that every medium alters our perception of time, space, and social interaction.

From the perspective of media studies, S. Livingstone points out that digital technologies transform traditional patterns of social relationships by enabling synchronous and asynchronous communication, which blurs the boundaries

between private and public spaces [3]. Similarly, M. Castells highlights the emergence of the “space of flows,” where social interactions occur in real time but without direct physical contact, leading to changes in social ties [4]. This observation is confirmed and supplemented by J. Thompson, who speaks of “mediated interaction,” in which participants are separated by time and space yet still engage in relationships. This new form of interaction is often not mutually synchronous but asynchronous, altering the dynamics of mutual influence and creating new forms of social closeness and distance [5].

At the micro-level of social interaction in online environments, S. Turkle reflects in her research that while digital communication allows for constant contact, it also leads to a more superficial and less engaged experience of interpersonal relationships – people are “together, but alone” [6]. P. Mikuláš and Ľ. Wojciechowski refers to this as the “new norm of digitalized intimacy” [7].

In this context, A. Opatrný refers to the internet as a “new continent” — a space without an original culture or inhabitants, shaped by those who enter it. This “new continent” is inhabited by diverse actors — from commercial to spiritual — and its cultural and value landscape is formed by the modes of communication and the content that circulates within it [8, p.79].

In the context of pastoral work, the Internet and online media are not only considered a “seventh superpower” but can also serve as a primary “indicator” with global reach [9, p.41]. From the Church’s perspective, the Internet and digital media represent the “current space for the activity of the Word” [10, p.101]; i.e., a space for evangelization, catechesis, and pastoral care. Pastoral care is understood as a ministry both to believers and non-believers. Its essence lies in guiding individuals toward salvation, serving those who may have been baptized but grew up in environments where they either never heard or only barely heard the Gospel, and where religious education may not have directly impacted them. The pastoral activity of Christians can and should utilize various forms of communication, which, due to their attractiveness, versatility, and broad reach, are effective across many areas of social life. Therefore, the state and effectiveness of pastoral care demand dynamic and proactive engagement.

Pastoral ministry through global media plays a key role today, especially in the United States, where major platforms like EWTN broadcast Christian content 24/7 via TV, radio, and the internet. Other notable examples include the Paulist Fathers, Christian Television Broadcasting, and the ecumenical TV ODYSSEY. Radio Family also broadcasts from New York, and the Creative Communication Center (CCC) produces pastoral films and resources. In Europe, London-based House Top creates and distributes catechetical materials. Online, official Vatican portals (vatican.va, zenit.org) and Catholic sites such as crosswalk.com and catholic.com offer wide-ranging spiritual and catechetical content.

Prominent Catholic media in Slovakia include the official Church website (rcc.sk), Christnet, TV LUX, and the online Catholic Newspaper (Katolicke noviny). Other pastoral platforms are Godzone, Forum for Life, and Na hrane. Catholic electronic media feature TV LUX, TV Gloria, and Radio Lumen, while the Catholic University in Ružomberok runs Radio Pulz and Catholic University Television. Lutheran media, such as the Evanjelická cirkev portal and Evanjelický posol spod

Tatier magazine, and Greek Catholic media, including the official website grkatba.sk and the magazine Slovo, also play key roles in Slovakia's religious media landscape.

The above examples of active media and websites enable pastoral engagement in the online environment while promoting access to diverse religious content for believers and the wider public. They do so in various formats – text-based, audiovisual, and interactive – which increases both the accessibility and appeal of Christian teaching. At the same time, however, they raise concerns about maintaining personal credibility, intimacy, and authenticity in communication and interpersonal relationships.

Moreover, these platforms are often criticized for lacking nonverbal cues, offering limited emotional connection, and reducing the authenticity of interpersonal contact. As a result, today's "online pulpit" may also contribute to a depersonalization of communication. Research has shown that online communication via the internet and digital media can undermine expressions of empathy, partly due to the so-called "online disinhibition effect" – the tendency of individuals to say and do things online that they would not typically express or perform in face-to-face interactions [11].

These phenomena present fundamental challenges for the application of digital empathy – the ability to understand, empathize with, and appropriately respond to the emotional and spiritual needs of others in the online environment. Digital empathy is essential for digital pastoral care, which requires technical competence and the ability to convey spiritual messages in an authentic, dignified, and compassionate way. We are convinced that without digital empathy, pastoral care in the digital space loses its deeper personal dimension and ceases to be truly relational.

In short, digital media and technologies facilitate or mediate the transmission of spiritual messages and shape lifestyles and the quality of interpersonal relationships. In the context of this paper, a crucial question remains: to what extent is the internet a permanently suitable tool for conveying authentic spiritual values and fostering personal communication, and in which situations does it instead lead to depersonalization rather than deepening of communication? This represents a key challenge for pastoral care in the online environment, whose goal is to present Christian content in an existential, personal, dynamic, and relevant way [12].

The conference presentation focuses on the theoretical analysis of the digital empathy concept as an integral component of pastoral engagement in the digital environment. Digital empathy is defined here as the ability to recognize the emotional needs of others, respond to them appropriately, and create a space for spiritual closeness through digital channels. The author reflects on its significance for pastoral accompaniment via media, analysing not only the potential of digital tools – such as the creation of online communities, interactive platforms, and network-based support structures – but also their risks: particularly the loss of intimacy, anonymity, ethical dilemmas related to data protection, the weakening of authority, asynchronicity, and a specific form of digital confidentiality that may not always be reciprocal.

Special attention is given to how digital empathy can help overcome barriers in spiritual communication and contribute to the creation of inclusive spaces for dialogue, support, and spiritual accompaniment in the virtual environment, where traditional forms of pastoral care are taking on new shapes.

References:

1. Meyrowitz, J. (2006). *Všude a nikde: Vliv elektronických médií na sociální chování*. Praha: Karolinum, 2006.
2. McLuhan, M. (1964). *Understanding Media: The Extensions of Man*. New York: McGraw-Hill, 1964.
3. Livingstone, S. (2008). Taking risky opportunities in youthful content creation: Teenagers' use of social networking sites for intimacy, privacy and self-expression. *New Media & Society*, 10(3), 393-411. <https://doi.org/10.1177/1461444808089415>
4. Castells, M. (2004). *The Power of Identity*. West Sussex: Wiley, 2004.
5. Thompson, J. (2004). *Médiá a modernita*. Praha: Karolinum, 2004.
6. Turkle, S. (2011). *Alone Together: Why We Expect More from Technology and Less from Each Other*. New York: Basic Books, 2011.
7. Mikuláš, P., Wojciechowski, Ł. (2009). "Sociálne siete ako špecifická forma komunikácie s dôrazom na fotografiu". http://pmikulas.weebly.com/uploads/4/3/0/3/4303126/socialne_siete_fotografia.pdf
8. Opatrný, A. "Internet a pastorační". In Nekvapil, V., Vévoda, R. (2008). *Média, kultura a náboženství*. Praha: Vyšší odborné školy publicistiky, 2008.
9. Stolárik, S. "Médiá v službe kultúry života". In Pribula, M. et al. (2002). *Orbis communicationis socialis 2002: Medzinárodný teologický zborník o otázkach spoločenskej komunikácie*. Prešov: Prešovská univerzita, 2002.
10. Jarab, J. "Komunikácia v kontexte pastoračnej služby v Cirkvi". In Pribula, M. et al. (2002). *Orbis communicationis socialis 2002: Medzinárodný teologický zborník o otázkach spoločenskej komunikácie*. Prešov: Prešovská univerzita, 2002.
11. Suler, J. (2004). "The Online Disinhibition Effect". *CyberPsychology & Behavior*, 7(3), 321-326. Doi 10.1089/1094931041291295
12. Carpenter, H. (1994). *Ježíš*. Praha: Odeon – Argo, 1994.

Місержи С. Д.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
miserjisd@gmail.com

БІОМЕДИКОЕТИЧНІ АСПЕКТИ АВТОНОМІЇ ОСОБИСТОСТІ ЛІКАРЯ

Проблема автономії особистості лікаря є однією з найменш розроблених у біомедичній етиці. Водночас принцип автономії особистості пацієнта розглядається більшістю авторів біоетичних концепцій як ключовий серед основних засад (Т. Бічамп, Дж. Чілдресс, П. Кемп, Я. Рендторф та ін.), що визначають межі морально допустимої взаємодії в медицині та охороні здоров'я. Реалізація цього принципу неможлива без дотримання, передусім, таких біоетичних правил, як добровільної інформованої згоди, конфіденційності та достовірності медичної інформації, а також врахування особистісного виміру захворювання пацієнта. Вимагаючи повагу до автономії

пацієнта, цей принцип водночас передбачає і визнання автономії особистості лікаря. Тобто, принцип автономії, що традиційно застосовується до пацієнта, має працювати обоюдно, передбачаючи також визнання професійної і моральної самостійності медичного працівника, зокрема лікаря. Медична практика засвідчує, що досягнення рівноваги між автономією особистості пацієнта та автономією особистості лікаря є непростим завданням, саме тому біомедична етика постійно перебуває в пошуках цього балансу, що набуває особливого значення в морально чутливих ситуаціях.

Автономія лікаря у контексті біомедичної етики є автономією професійною, яка передбачає: відповідальність лікаря за свої рішення щодо лікування пацієнта; діяльність в інтересах пацієнта на підставі глибоких професійних знань; слідування свідомо з позиції біомедикоетичних цінностей. Коли ж мова йде про автономію особистості лікаря, то вона стосується людини в ролі лікаря, з її особистими кордонами, гідністю, правом на захист власного психічного та фізичного здоров'я, тобто це більш особистісно-орієнтоване поняття, яке включає не лише професійну автономію, а й свободу внутрішніх переконань, цінностей, морального вибору. Тому, обираючи лікарську професію та спеціалізацію, майбутній лікар має зважати на те, чи узгоджуються обраний ним напрям медичної практики, характер і методи майбутньої роботи з його особистими переконаннями, наприклад, релігійними. Водночас, професійна підготовка сучасного лікаря, передбачає інтерналізацію ним біоетичних принципів та правил, які поступово мають стати внутрішнім ціннісним регулятором його поведінки. Інакше, в певних ситуаціях, вибірковість в його діях може привести до порушень, що створюватимуть загрозу життю пацієнтів, а також до обмеження автономії колег, вимушуючи їх виконувати постійно частину його обов'язків.

Режим роботи лікаря є одним із найбільш акцентованих аспектів у публікаціях, присвячених його професійній та особистісній автономії. Визнається, що він має сприяти наданню якісної медичної допомоги/послуги, водночас захищаючи здоров'я самого лікаря, наприклад, від емоційного вигорання. Так, у своїй праці "Думи та серце" М. М. Амосов пише: "Людське життя дається одного разу, вибачте мені за цю банальну фразу. Повторюю вкотре для всіх – у нас у клініці свій кодекс праці: лікар працює стільки, скільки потрібно для хворого. Початок – рівно о дев'ятій, а кінець – коли буде зроблено всю роботу. Друге: якщо лікар не годиться – він повинен піти. Сам, без втручання дирекції та профспілки" [1]. Безумовно, робота лікаря, яка часто пов'язана зі станами пацієнта на межі життя та смерті, не може бути жорстко регламентованою. Лікарі, особливо в відділеннях екстреної допомоги, реанімаціях, хірургії, повинні мати гнучкість режиму роботи, щоб швидко і якісно реагувати на непередбачувані ситуації. Робочий час має враховувати такі ключові аспекти, як нормативна тривалість робочого часу, змінність та оплата понаднормової роботи, страхування ризиків, регулювання максимальної кількості пацієнтів на день тощо. Необхідно дотримуватися стандартів безпеки та благополуччя лікарів, щоб вони могли зберігати професійну ефективність. Це питання потребує балансу між гнучкістю та регламентованістю, щоб забезпечити найкращі умови як для лікарів, так і пацієнтів. Проте існують

ситуації, одну з яких описує відомий хірург і науковець, коли вибір лікаря не визначається ані професійними етичними нормами, ані нормативними документами, а ґрунтується виключно на його внутрішній переконаності, власній моральній позиції.

Досвід викладання курсу біоетики показує, що проблема автономії лікаря як особистості викликає найбільше дискусій серед студентів під час обговорення його діяльності у сфері протидії соціально небезпечним інфекціям, зокрема ВІЛ. В ситуаціях, коли специфіка роботи пов'язана зі значними ризиками для його здоров'я, зокрема ризиком інфікування. Складність полягає в тому, що лікар, який інфікувався під час виконання своїх професійних обов'язків соціально небезпечним збудником часто опиняється в ситуації етико-правової дилеми. Зокрема, в межах курсу біоетики студентам пропонується до розгляду ситуаційна задача, яка передбачає аналіз проблеми з позицій біоетики та права і пошук відповіді на запитання: "Яких біоетичних принципів та правових норм має дотримуватись ВІЛ-позитивний лікар і чи повинен він повідомляти пацієнтові про свій діагноз?"

Так, відповідно до статті 40 "Лікарська таємниця" Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" [2], принцип збереження лікарської таємниці поширюється як на пацієнтів, так і на медичних працівників, які перебувають у статусі пацієнтів. Розголошення медичної інформації без згоди особи, зокрема лікаря як пацієнта, є порушенням і може мати юридичні наслідки як для медичних працівників, так і для закладів охорони здоров'я. Якщо лікар стає пацієнтом, його право на конфіденційність інформації, щодо стану його здоров'я захищається на рівні з іншими громадянами. Згідно із Законом України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» [3], інформація про результати дослідження на ВІЛ є конфіденційною, а її розголошення тягне за собою кримінальну відповідальність. Відповідно до статті 25 цього Закону "зараження медичних і фармацевтичних працівників вірусом імунodefіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків належить до професійних захворювань" [3]. Стаття 17 цього ж Закону зазначає, що "ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД громадяни України користуються всіма правами і свободами, гарантованими Конституцією та законами України" [3]. Згідно із статтею 2-1 "Кодексу законів про працю України", у сфері праці забороняється будь-яка дискримінація, зокрема "за ознакою підозри чи наявності захворювання на ВІЛ/СНІД" [4]. Таким чином, лікар, який інфікувався під час виконання професійних обов'язків, не може бути звільнений з роботи на підставі свого діагнозу, а його право на працю та конфіденційність медичної інформації захищені чинним законодавством.

Проте, на практиці, збереження конфіденційності інформації про ВІЛ-статус лікаря як пацієнта пов'язане з низкою етико-правових колізій. Під час виконання медичних маніпуляцій усі працівники системи охорони здоров'я зобов'язані суворо дотримуватися універсальних заходів інфекційної безпеки незалежно від ВІЛ-статусу пацієнта, якому надається допомога. Кожен медичний працівник усвідомлює ризики можливого інфікування в процесі виконання професійних обов'язків. У випадках порізу, уколу чи контакту

із зараженим біологічним матеріалом, в результаті якого могло відбутися інфікування, необхідно здійснити відповідний запис у спеціальному журналі реєстрації таких випадків. Це є передумовою для надання постраждалому медичному працівнику постконтактної профілактики – курсу антиретровірусної терапії, що має на меті зменшити ймовірність інфікування. Післяконтактна профілактика, як правило, розпочинається не пізніше ніж через 72 години після потенційного контакту з джерелом ВІЛ і триває близько чотирьох тижнів. Застосування цього профілактичного заходу потребує ідентифікації особи, яка зазнала ризику, і не може проводитися анонімно. Подібна вимога зумовлена необхідністю офіційного обліку пацієнтів, яким призначається постконтактна профілактика та виплата у разі наявності страхування, з метою контролю за використанням лікарських засобів, що надаються за кошти державного бюджету. Однак, це створює складнощі у реалізації біоетичного принципу збереження конфіденційності медичної інформації.

Разом з тим, відповідно до частини 1, статті 130 “Зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби” Кримінального кодексу України “свідоме поставлення іншої особи в небезпеку зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини, – карається пробацийним наглядом на строк до п’яти років або обмеженням волі на той самий строк, або позбавленням волі на строк до трьох років” [5]. Кожному лікарю відомо, що медичні маніпуляції, пов’язані з проникненням, навіть звичайні ін’єкції, несуть певну загрозу обопільного інфікування. Якщо вони проводяться ВІЛ-позитивним медичним працівником, зокрема лікарем, який знає про свій статус, то такі дії можуть бути інтерпретовані як свідоме “поставленням пацієнта в небезпеку зараження”. Далі частина 2 цієї статі наголошує на тому, що “зараження іншої особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби особою, яка знала про те, що вона є носієм цього вірусу, – карається позбавленням волі на строк від двох до п’яти років” [5]. Таким чином, лікар отримавши травмування та зараження, в даному випадку ВІЛ, не може бути повністю захищений у частині збереження конфіденційності інформації про свій статус, з іншого, у зв’язку зі специфікою своєї професійної діяльності він об’єктивно створює потенційний ризик інфікування для пацієнтів. Перед лікарем постає складний вибір, який стосується його подальшої професійної реалізації. Умовно кажучи, одним із варіантів його поведінки може бути відмова від постконтактної профілактичної терапії та неповідомлення про свій позитивний ВІЛ-статус, тим самим об’єктивно наражаючи пацієнтів на ризик зараження, що може розцінюватися як злочин. Інший варіант, повідомити про травмування, отримати доступ до державної програми антиретровірусної терапії, яка суттєво знижує ризики його зараження, але в випадку підтвердження ВІЛ-позитивного статусу постійно перебувати на робочому місці під важким психоемоційним навантаженням і соціально-психологічним тиском. Біомедична та професійна лікарська етика ґрунтуються на принципі пріоритетності інтересів і безпеки пацієнта.

Отже, поняття автономії лікаря відбиває його здатність діяти вільно в межах професійних вимог і стандартів. Автономія особистості лікаря

відображає глибший рівень його свободи, що передбачає здатність залишатися людиною з власною моральною позицією в межах професійної діяльності. Тому для забезпечення такої автономії, зокрема в умовах ризику інфікування соціально небезпечними інфекціями під час професійної діяльності, очевидно є необхідність: посилення державних програм профілактики внутрішньолікарняних заражень; упровадження механізмів адекватного матеріального відшкодування медичним працівникам, які інфікувалися під час виконання службових обов'язків; створення державних програм професійної перекваліфікації, бажано в межах спеціальностей системи охорони здоров'я. Безумовно, це потребує значного фінансування, однак ефективність системи охорони здоров'я не може оцінюватися виключно з позиції прибутковості. Такий підхід відповідає інтересам як медичної спільноти, зокрема лікарів, так і суспільства загалом, оскільки сприяє реалізації права на охорону здоров'я як суспільного блага.

Література:

1. Амосов М.М. Думки і серце. Київ: Радянський письменник, 1965. – 226 с.
2. Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” // ВВР України. – 1993. – № 4. – Ст.19.
3. Закон України “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення” // ВВР України. – 1998. – N 35. – Ст. 235; 2002. – N 6. – Ст. 41; 2009. – N 36-37. – Ст. 514.
4. Кодекс законів про працю України. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08#Text>
5. Кримінальний кодекс України // ВВР України. – 2001. – № 25-26. – Ст.131.

Попов А. В.,
ТОВ “Гомеопатія від Попових”,
homeopat.a.popov@gmail.com

ІВАН МИТРОФАНОВИЧ ЛУЦЕНКО: ПРОВІДНИК УКРАЇНСЬКОЇ ДУХОВНОСТІ

“Нове слово, яке скаже новий пророк і яке нова раса повинна буде восприняти, випестити у своєму серці, і понести потім широкому загалови людскости, що й зараз так жадібно жеде тих майбутніх вістників Божого слова, – буде духовність”
(Луценко І. М.)

Іван Митрофанович Луценко (1863-1919), лікар, громадський, політичний діяч, військовий, організатор героїчного опору більшовицькій навалі. Його роль у становленні та захисті української державності, культури, мови, національної свідомості добре відома і описана в чисельних літературних джерелах [1]. Луценко був лікарем, спочатку - військовим, втім, займався

приватною практикою, а згодом став видатним прихильником гомеопатичної методи. Асоціація гомеопатів України присвятила VI Міжнародній з'їзд пам'яті І. М. Луценко (жовтень 2003) [3].

Ці нариси присвячені лише невеликій частині багатогранної діяльності Луценко, з метою уточнення та доповнення оприлюднених відомостей. Також зробимо спробу стисло окреслити особистість Івана Митрофановича, торкнувшись деяких його світоглядних переконань.

Іван Митрофанович Луценко мав дворянське походження, православне віросповідання. Зберіглася його метрика, видана метричним і шлюбним столом Полтавської духовної консисторії: “23 лютого 1863 року у дворянина Митрофана Йосифовича Луценко і його законної дружини Анни Йосифівни, обидва православні, народився син Іоанн. Хрещений 26-го числа цього ж місяця”.

Навчався Луценко у чоловічій гімназії в Лубнах, на той час у гімназіях предмет “Закон Божий” був обов'язковим для учнів (хоча його відвідування могло бути необов'язковим, за рішенням батьків). Упродовж життя Іван Митрофанович захоплювався феноменом українського козацтва, навіть мріяв про створення козацької держави. Його дружина, Марія Прокопівна Підпалова, мала козацьке походження. Року 1917 Луценко був обраний генеральним хорунжим Вільного Козацтва. Вочевидь, для Івана Митрофановича було цілком зрозуміло, що така держава мала бути ґрунтована на релігійній єдності та освячена іменем Бога. Нижче ми детальніше розглянемо його ставлення щодо даного питання.

Звернемо увагу, що Луценко, будучи ревним прихильником гомеопатії, підтримував добрі стосунки з представниками духовенства. Як повідомляє часопис “Вісник гомеопатичної медицини” (грудень 1904, №12): “Для читання лекцій популярної медицини (малось на увазі гомеопатія – прим. автора статті) – до Одеської духовної семінарії запрошений редактор “Вісника” І. М. Луценко”. А тодішній ректор семінарії, Архімандрит Анатолій, був обраний почесним членом Одеського ганеманівського товариства. Року 1899 Луценко стає співзасновником “Благотворительного христіанського общества самопомощи в болезнях” у С-Петербурзі. А почесним головою цього товариства обирається протоієрей Іоанн Сергеев (о. Іоанн Кронштадський). Останній відомий своєю неухильною підтримкою “нової терапії”, зокрема промовою на відкритті гомеопатичної аптеки та амбулаторії у С-Петербурзі 17 жовтня 1892 року.

Про значення духовності і віри у житті та переконаннях лікаря Луценко, може свідчити наступна цитата, взята з його інтерв'ю одеській газеті 1914 року: “...Християнські держави мають наблизитись до заповідей Христа”. А також висловлювання, винесене до епіграфу цієї статті: “Нове слово, яке скаже новий пророк і яке нова раса повинна буде восприняти, випестити у своєму серці, і понести потім широкому загалови людскости, що й зараз так жадібно жде тих майбутніх вістників Божого слова, – буде духовність” [6]. Щодо православ'я, Іван Митрофанович чітко усвідомлював необхідність “окремої української церкви”, як надважливого чинника української державності. Так, у статті “Одна чи дві віри” в одеській газеті “Вільне життя” (12 липня 2018 року), він написав наступне: “...Говорити, що віруюча душа в москвина та українець однакові не має підстав і повне розділення церков московської та української,

за що бореться українська інтелігенція і народ, з політичних мотивів, повинно бути зроблено...". У щотижневій селянській газеті "Наше село", що виходила в Одесі, Луценко висказується ще рішуче: "...Московська церква, хоч і зветься православною, ні по духу, ні по суті не відповідає нашій стародавній козачій українській церкві і нашій вірі" [5]. У цій статті він намагається послідовно обґрунтувати свою думку, користуючись історичними фактами.

За спогадами Володимира Івановича Кедровського, державного та політичного діяча, полковника Армії УНР [3, с. 23], лікар Луценко "Глибоко вірив у позагробне життя і був фаталістом. Уважав, що від своєї долі не втечеш, і те, що призначене кому в житті, те обов'язково сповниться". Героїчна смерть лікаря у нерівному бою (поблизу станції Антоніни на Хмельниччині влітку 1919, за іншими даними біля станції Красилів під Старокостянтиновом), коли його, важко пораненого, зарубали шашками в полі (по іншим даним – підняли на багнети), немислима ні без глибокої віри у правоту своїх переконань, ні без любові до Всевишнього. Як напише згодом сотник Армії УНР, відомий письменник Євген Маланюк: "Чи оцінять нащадки колись увесь трагізм цього самотнього, єдиного в своїм роді, героїзму!"

Не маємо належної кількості свідчень, щоби аналізувати особистий психологічний профіль лікаря Луценка, але він видається людиною різнобічною, насамперед – новатором, революціонером, шукачем пригод, водночас – стійким і послідовним у переконаннях. Цим, зокрема, можна пояснювати його захоплення гомеопатією. А також відхід від одеського товариства лікарів, яке мусив залишити через ставлення до нього представників конвенціональної медицини. Процитуємо Івана Митрофановича: "...Серед людей науки... були й справжні "революціонери", – революціонери наукової думки. А яка шана їм була од людей науки, всім безперечно відомо, безконечне число прикладів з тих великих наукових імен, яких "великими", зробила тільки історія, але яких зневажали, анафемізували і всяко знущалися над ними, навіть катували їх "учені-соколєги" [2]. Луценко був серед перших, хто почав у Одесі використовувати рентген для діагностики. Він також пропагував та підтримував вегетаріанство.

Інтер'єр квартири Луценко вражав мистецькою спрямованістю та величезною українською бібліотекою, а також – портретом Коцюбинського, пензля Петра Холодного (свідчення Максима Максимовича Ковалевського, українського правника, історика, громадського та політичного діяча).

Широта інтересів Івана Митрофановича вражає, до прикладу, він володів есперанто (в Одесі існував гурток есперантистів), робив доповіді з питань психології, філософії, політекономії, мовознавства, історії. Зокрема написав статтю "Гомеопатия и международный язык". Прочитав декілька публічних лекцій на тему релігії. Луценко вільно послуговувався розвинутим математичним мисленням. Землевласник, меценат української культури, громадський діяч, Євген Харлампійович Чикаленко згадував, що Луценко також організував гурток математиків, мав sentiment до спиритизму (зокрема видав брошуру "Психічна енергія і проблема читання думок").

У своїх роботах, навіть пов'язаних з гомеопатією, Іван Митрофанович наголошував на свободі особистості, толерантності до інакомислення, маючи

за вірець Західну Європу та США. До заяви про вихід із Товариства одеських лікарів, він додав, що не звик поступатися своїми переконаннями, і не сприймає жодного насильства над собою. Малася на увазі його прихильність до гомеопатії, яку керівництво товариства піддавало критиці.

До слова, Луценко мав знайомство і навіть приятелював із видатними українськими письменниками, зокрема Іваном Нечуй-Левицьким, Михайлом Коцюбинським, Іваном Липою, Миколою Вороним, Іваном Франком. А стиль його власного письменства вирізнявся красномовністю і емоційністю.

Що стосується характеру Івана Митрофановича, то маємо несхожі свідчення. Він не уникав гострих кутів у взаєминах, втягувався у конфлікти та суперечки. Був затятий у питаннях, які вважав принциповими. Як написав один із його сучасників: "...Ми, військові, завжди симпатизували з доктором Луценком; можливо, тому що він був вояк в уніформі, як і ми, а до того був рішучий і, як то кажуть, рубав з плеча" [4, с. 159]. На одному із засідань, не в змозі досягнути консенсусу, Луценко почав ламати своє крісло в президії. Що, в свою чергу, завершилось аналогічними діями учасників (які, щоправда були заздалегідь намовлені повторювати дії головуючого). Менше з тим, за свідченням вищезгаданого Кедровського, Луценко: "...Справив на мене враження лагідної, поміркованої людини, яка не любить гарячкувати. На обличчі у нього постійно грала приємна усмішка" [4, с. 160].

Торкнемося діяльності І. М. Луценка, виключно як лікаря-гомеопата та всебічного прихильника цієї терапії. 1891 року він отримав диплом лікаря з відзнакою, втім став військовим лікарем. По війні виходить зі служби і відкриває приватний кабінет в Одесі. Прослідкувати де і коли Іван Митрофанович познайомився з гомеопатією, з літературних джерел – неможливо. Але уже в 1894 році він обирається Головою Одеського товариства послідовників гомеопатії. Після внутрішнього конфлікту в товаристві та його розколу, з утворенням окремого Одеського ганеманівського товариства (нараховувало на момент заснування, року 1898, 148 членів), Луценко обирається його секретарем та скарбничим. Водночас він стає очільником амбулаторії при гомеопатичній аптеці [8]. Одним із напрямків діяльності товариства були так звані публічні читання. За п'ятиріччя було проведено 69 читань, 59 з яких – лікарем Луценко.

За перший рік функціонування амбулаторії її відвідало 884 пацієнтів, а бюджет склав 3996 руб. 51 коп. (консультація лікаря Луценко коштувала 30 коп., чимало хворих консультувалися безкоштовно). З іншого боку, за спогадами видатного вченого, юриста, історика, громадського та політичного діяча Сергія Шелухіна: "Іван Луценко лікарською практикою перед війною заробляв коло 10.000 руб., із яких проживав коло 2.000 руб., а решту витрачав на українські справи" [7]. У 1900–1901 рр. при амбулаторії було відкрито хіміко-бактеріологічний кабінет та організовані систематичні медичні курси для ознайомлення громади з сутністю захворювань та лікування за гомеопатичним методом.

1895-99 рр. Іван Митрофанович активно співпрацює з петербурзьким часописом "Врач-гомеопат", перекладає фундаментальну працю Е. Фарінгтона (більше 800 сторінок) з гомеопатичної фармакодинаміки. Другим важливим його перекладом (цього разу з німецької) є робота А. Шперлінга "Гомеопатична фармакологія. Клінічний етюд".

У 1903-1904 рр. видання українського часопису “Вісник гомеопатичної медицини” перейшло до рук Луценка, який став його упорядником (до 1903 та в 1909-1913 рр. упорядником був Є. Я. Дюков, 1905-1908 році часопис не друкувався з фінансових негараздів). Іван Митрофанович автор численних статей та окремих друкованих брошур із різноманітних питань гомеопатичної практики та фармації. Він брав активну участь в роботі I Всеросійського з’їзду послідовників гомеопатів (1913), обирався його секретарем та зробив кілька доповідей: “Що нам треба?”, “До майбутнього з’їзду послідовників гомеопатів”, “Високі розведення гомеопатичних ліків на тлі сучасних наукових даних”, “Питання лікування раку”, “Щодо організації курсів з гомеопатії для лікарів та фельдшерів” [8]. На загал, діяльність Івана Митрофановича, як лікаря-гомеопата досліджена, але потребує подальших уточнень та доповнень.

В особі лікаря Луценка ми маємо надзвичайну особистість, який притаманне новаторство, намагання випередити свій час, чим би він не займався: від захоплення гомеопатією до есперанто. Також можемо стверджувати, що його наративи з питань української нації, української держави, української церкви, мистецтва знайшли своє продовження в позачасі. Його роль у історичних подіях на теренах сучасної України була надзвичайно важливою: до прикладу щодо повалення Гетьманату Скоропадського, оборони Одеси від військ Радянської Росії. І. М. Луценко є знаковою постаттю серед героїв, які поклали своє життя у визвольних змаганнях за українську державність. Його різноманітна обдарованість, широта інтересів, соціальна, політична, державотворча діяльність обумовлена насамперед силою духу. Його душа ніколи не знала рабства, а духовність цієї особистості, була незламним внутрішнім стрижнем.

Література:

1. Вінцовський Т., Музичко О. Іван Митрофанович Луценко (1863-1919): український націєтворець. – Київ. – Зелений пес. – 2013. – 351 с.
2. Васильєв К. К.: Іван Митрофанович Луценко // Український гомеопатичний щорічник. – Том VI. – Одеса. – 2003. – С. 42-45.
3. Зленко Г. Д., Мошчич О. П.: Видатні особистості історії (Іван Митрофанович Луценко – доктор медицини, гомеопат, державний діяч) // Український гомеопатичний щорічник, Том VI, Одеса 2003, с.45-48.
4. Кедровський В. Іван Митрофанович Луценко // Вісник таврійської фундації. – Випуск 11. – Київ-Херсон. – “Просвіта”. – 2015. – С. 157-167.
5. Луценко І. Наша віра // Наше село. – 1918. – №10-11.
6. Луценко І. Україна – правітчина арийської культури (Рама і початки арийської культури). – Львів. – 1914. – 28 с.
7. Верстюк В., Осташко Т. Діячі Української Центральної Ради. Бібліографічний довідник. – К., 1998. – 256 с.
8. Попов А. Історія гомеопатії в Україні частина 1 (дореволюційний час). Гомеопатія в Україні дореволюційного часу. – URL: <https://www.homeopat.org.ua/a-попов-історія-гомеопатії-в-україні-ч/>

Anna Falisová¹, Vojtech Ozorovský², Silvia Capíková^{2,3}

¹ Institute of History, Slovak Academy of Sciences,

² Comenius University in Bratislava,

Faculty of Medicine, Institute of Social Medicine and Medical Ethics,

³ Comenius University in Bratislava, Faculty of Law,

Department of Labour law and Social Security Law, Bratislava, Slovak Republic,

anna.falisova@savba.sk, vojtech.ozorovsky@fmed.uniba.sk,

silvia.capikova@flaw.uniba.sk

THE CHILDREN'S CLINIC OF THE FACULTY OF MEDICINE OF COMENIUS UNIVERSITY IN BRATISLAVA IN THE INTERWAR PERIOD AND THE ACTIVITIES OF RELIGIOUS SISTERS

The beginnings of systematic health care for the child population in Slovakia date back to the 19th century. Under the influence of the Enlightenment ideas of the Swiss educator Johann Heinrich Pestalozzi (1746 – 1827), who devoted himself to the issues of upbringing and teaching children, while placing the main emphasis on formal education and considering moral education to be the most important in the entire pedagogical system, charitable women's associations aimed at helping children, gradually began to emerge. The philosophical views of Pestalozzi, who was based on the teachings of J. J. Rousseau and German philosophy, influenced the views on upbringing also among members of the young aristocracy in Hungary. It also included countess Theresa Brunsvik (1775-1861), who established the first children's nursery in the Habsburg Monarchy in 1828 and in Bratislava in 1831. The Bratislava Women's Association was founded on the initiative of the countess in 1830. This institution, with the help of Count František Zichy and other benefactors, mainly helped orphans and abandoned children [1].

The persistent poor health of the child population also prompted initiatives from the Bratislava city council. At a meeting of the city council in 1853, a proposal was submitted to establish a children's hospital, which was implemented in the following years and the hospital was opened in 1857 [2]. However, the increase in hospitalized children and inadequate premises limited the provision of adequate professional care, thus, in 1867 the hospital moved to more suitable premises in the infirmary on Dunajská Street. However, this was only a temporary solution. The need to build a new hospital facility was also recognized by the central authorities and local government representatives, who were confronted with the consequences of insufficient care for the youngest generation. Over the following years, a sufficient building fund was gradually created for the construction of a new hospital, which was opened in 1894. Excellent equipment and professional medical care placed the Francis Joseph Children's Hospital in Bratislava among the most modern health facilities in the Hungarian Kingdom. Nursing care was provided by the sisters of the Congregation of the Most Holy Savior (Latin: *Ordo Sanctissimi Salvatoris*). The sisters of this congregation were dedicated to the care of the sick, the care of children, and the provision of assistance to the elderly. In 1896, Archduchess Isabella requested their services from their Superior General Mother in Vienna. Shortly afterwards, four sisters from Vienna arrived and took over the care of children in the Bratislava children's hospital [3].

A new stage in child care began after the end of World War I. The consequences of the war accelerated concerns about the future and health of the child population. The large number of children suffering from malnutrition, high morbidity, and mortality of infants from nutritional disorders, respiratory diseases, high morbidity, and mortality of older children from tuberculosis and infectious diseases opened a new circle of problems that the newly established Czechoslovak Republic also had to deal with. Child malnutrition was not the only problem that public health experts pointed out. Cases of infectious diseases were increasing, mortality was rising, and birth rates were falling. A significant milestone was the establishment of the Faculty of Medicine of the Comenius University in Bratislava in 1919, which enabled the education of a new generation of doctors and created the conditions for research in medical sciences [4].

The Children's Hospital in Bratislava became one of the most important teaching bases of the newly established Faculty of Medicine of Comenius University. From the first academic year, intensive educational, but also scientific and research activities were carried out there [5]. Its head was Professor J. Brdlík (1883–1965), who had extensive experience gained at the Children's Clinic of Charles University in Prague. The Berlin school of Professor Czerny had a great influence on his professional growth [6]. In his research, he initially studied serotherapy for diphtheria and prophylaxis of diphtheria with anatoxin, and during his time in Bratislava, he studied epidemic encephalitis and infectious intestinal diseases, which were among the most serious diseases of the time. After arriving at his new workplace, he began to pay great attention not only to therapeutic but also to preventive care for children [Ibid.]. Special attention had to be paid especially to infants. The infant mortality rate, which was a sensitive indicator of the country's health and social conditions, was very high in Slovakia. For example, in the years 1920–1922, out of a thousand live-born children, more than 180 died within one year [7]. However, in some districts, the rate was much higher.

The Children's Clinic of the Faculty of Medicine of Comenius University played an important role in ensuring professional care for the youngest generation. Professor Brdlík made a significant contribution to the development of paediatrics in Slovakia. Given the high morbidity, especially among infants, he expanded the hospital's bed capacity by building a new infant pavilion, which was put into operation in the early 1930s. It was the only modern infant pavilion in the entire Czechoslovakia.

The care of children at the clinic was unthinkable without nursing staff. The number of hospitalized children increased significantly, and the shortage of nurses was partially solved by signing a contract with the Congregation of the Most Holy Savior, which undertook to provide additional religious nurses for the children's clinic [8]. After Professor Brdlík left for Prague, the management of the children's clinic was taken over by doc. MUDr. Alojz J. Chura, who was a pioneer of modern paediatrics in Slovakia and served as the head of the Children's Clinic from 1933 to 1945. Due to the increase in the number of child patients, the new head requested permission from the Ministry of Health to hire additional 17 religious nurses. The new infant pavilion accommodated 40 infants and 18-20 mothers. The negative aspect was that some departments had at least four nurses on day duty but only

one on night duty. However, it was questionable and very difficult, as Professor Chura put it, whether one nurse assigned to night duty could handle the treatment and feeding of children. The nurses also performed physical therapy, worked in the clinic's laboratory, kitchen, laundry, ironing room, etc. One nurse ensured the admission and bathing of new paediatric patients [9]. The head nurse's competence included supervision of organizational work, inventory management, and medical supplies. Doc. A. J. Chura, in a letter addressed to the Ministry of Health in Prague, requested permission to recruit only religious nurses. He justified the request by saying that the nuns approached their work very responsibly, were extremely selfless, disciplined, and unlike lay nurses, received a much lower salary. Some of them had also completed a special course in Vienna focused on caring for infants [Ibid.]. The children's clinic continued to struggle with a shortage of nursing staff. Given the demands of the service for the youngest patients, the superior of the sisters of the Congregation of the Most Holy Savior employed at the Children's Clinic in Bratislava asked the management of the state hospital to assign four nuns to help. She stated in the request that the nurses at the Children's Clinic worked all day with the sick and in the kitchen. The work of nurses, especially in the ward where children with infectious diseases were hospitalized, was associated not only with difficult and responsible service but also with the risk of infection [10]. The nurses had only half a day off and even after night duty they would return to work at three o'clock in the afternoon. The high level of work commitment and minimal rest after a long and demanding service also affected their health. The highly humane and selfless work of the religious sisters took a heavy toll.

The head of nun's congregation warned that, because of exhaustion, the sisters often fell ill and had to be replaced by new ones [Ibid].

References:

1. KAPELLEROVÁ, A., KOVÁCS, L.: *150 rokov bratislavskej nemocnice*. Bratislava: Slovac Academic Press, spol. s r. o., 2005, s. 10-11.
2. BRDLÍK, J.: *Dětské lékařství v minulosti a jak jsem je prožíval*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1957, s. 131.
3. KARABOVÁ, Z.: "Pôsobenie sestier svätej Alžbety a Najsvätejšieho Spasiteľa v bratislavských nemocniciach do roku 1950". In: M. Beťková, I. Matisáková (Eds.): *Historické pohľady na vývoj ošetrovateľstva a ošetrovateľského vzdelávania*. Trnava: FZaSP, 2010, s. 177.
4. See: BENIAK, M., TICHÝ, M.: *Dejiny lekárskej fakulty. I. časť*. Bratislava: Univerzita Komenského, 1992; GOGOLA, M.: "Univerzitné štúdium medicíny v prvých rokoch existencie Lekárskej fakulty Univerzity Komenského". In: *Vaskulárna medicína*, 2019, roč. 11, č. 2, s. 86-88.
5. Soznam prednášok a soznam osôb a ústavov univerzity Komenského v Bratislave v zimnom a letnom semestri 1921-1922. Bratislava: Nákladom akademického senátu university Komenského v Bratislave, 1921, s. 13.
6. FALISOVÁ, A.: *Lekári na Slovensku do roku 2000*. Bratislava: Veda: Historický ústav SAV, 2010, s. 110.

7. SVETOŇ, J.: *Vývoj obyvatelstva na Slovensku*. Bratislava: Epona, 1970, s. 258.
8. National Archive of the Czech Republic (hereinafter NACR), fund Ministry of Public Health and Physical Education, box No. 341.
9. NACR, fund Ministry of Public Health and Physical Education, box No. 341.
10. NACR, fund Ministry of Public Health and Physical Education, box No. 341.

¹ Корсак К. В., ¹ Кірик Т. В., ² Корсак Ю. К.,
³ Бойчук О. С., ⁴ Похресник А. К., ¹ Ляліна О. О.,

¹ ПВНЗ "Київський медичний університет",

² Інститут вищої освіти НАПН України, ³ КНЕУ імені Вадима Гетьмана, ⁴

Київський фаховий коледж електронних приладів,
 kvkorsak@gmail.com, t.kiryk@kmu.edu.ua, olte@ukr.net,
 olena_boychuk@ukr.net, ktep2006@ukr.net, o.lialina@kmu.edu.ua

КРИТИЧНИЙ ОГЛЯД СТАНУ ЛЮДСТВА І НЕПОДОЛАНИХ ПЕРЕШКОД ДО ЙОГО РЕАЛЬНОГО ПОРЯТКУНКУ

1. Редуємо початок цих тез до нагадування про нашу участь в останніх конференціях "Філософія релігії та медицини в постсекулярну добу" наданням матеріалів аналітично-прогностичного характеру, що містили частину результатів дослідження виявлених нами екологічно ідеальних технологій і процесів, спроможних не тільки поліпшити захист здоров'я сучасних "подвійно розумних Номо (надалі – HSS)", але й урятувати їх від передбаченого "світовою наукою" неминучої загибелі (надалі – Колапсу-XXI) в другій половині століття.

2. Ми пропонуємо для червневої-2025 конференції додатковий 10-й напрям роботи з можливою назвою "Стан людства і його майбутнє". Наш текст створений для 10-го напрямку на основі критичного аналізу не тільки публікацій з повідомленнями про останні досягнення наук і технологій, а й виконання заклику історика-француза Ф. Броделя (1902-1985): якісна оцінка стану надвеликих систем і правильне прогнозування їх розвитку можливе тільки у разі належного використання всіх знань людства на момент створення наукового твору. Ми не претендуємо на ідеальне виконання цієї поради, але у своїй фаховій діяльності постійно стежимо на відомих нам мовах і в усіх доступних джерелах за повідомленнями про найважливіші наукові відкриття і технологічні досягнення, що має позитивним наслідком не тільки власні публікації і навіть відкриття (в [1] запропонований реальний засіб ліквідації "епідемії ожиріння"), а й повагу студентів і, сподіваємося, ефективізацію виховного і світоглядного впливу на них.

Нагадаємо, що у згаданих та інших наших публікаціях не тільки максимально детально вказано на появу після 2000 р. потоку рятівних для всіх HSS екологічно ідеальних процесів, які ми пропонуємо називати "**ноотехнологіями**" на знак їх надходження з того майбутнього, в якому

HSS побудують ноосферу як простір необмеженого в часі свого ноосимбіозу з вилікуваною від індустріальних пошкоджень біосферою. Наголосимо на тому, що на Заході використання поняття “ноотехнології” для позначення матеріально-виробничих чи інших процесів заборонено ще з 1960-років. Там у процесі запеклої дискусії над текстом книги “Феномен людини” видатного французького теолога, футуролога і палеонтолога П'єра Теяра де Шардена (1881-1955) видавці й науковці умовилися словом “ноосфера” називати “шарденівську” spirit-оболонку з поєднаних думок HSS і не використовувати слова з префіксом “ноо” в усіх виданнях великого світу Sciences&Arts. Цей консенсус ми вважаємо очевидною помилкою, свідомо порушуємо його, а в творах для зарубіжних читачів використовуємо просту семантичну формулу “nootechnology = wisetechnology; noosciences = wisesciences”.

3. Розпочнемо рух до досягнення мети тез з опису отриманого нами невеликого і несподіваного відкриття. Ми вирішили не звертатися до послуг сучасного Штучного інтелекту, не шукати через GOOGLE-пошук одну чи кілька статей відповідного змісту (ми отримали 2,64 млн. пропозицій), а детально оцінити уявлення найбільш освічених HSS про “сучасний стан людства”. Для цього до щоденного моніторингу наукових відкриттів і досягнень ми додали вивчення організації, перебігу і результатів наднаціональних форумів, конференцій і різноманітних зібрань керівників держав, провідних бізнесменів, лідерів у всіх науках, політологів, журналістів, футурологів та ін.. в останні три роки.

Йдеться про зібрання G7, G20, БРІКС, Давос-2024, Давос-2025, діяльність ООН та її комітетів у напрямі “Захисту планети” та ін. Всі вони намагалися виконати три завдання: 1) оцінити всепланетне чи локальне сьогодення; 2) вивчити загрози для HSS і скласти рейтинг їх небезпечності; 3) вказати реальні засоби порятунку.

Виявилось, що в усіх випадках учасники порівняно успішно й об'єктивно оцінювали сьогодення, хоч використовували різні слова й створювали узагальнення неоднакового обсягу. А от у складанні рейтингу небезпечності різних загроз справи йшли гірше й дуже часто замість списку акцентувалася одна єдина небезпека з назвою “Глобальне потепління”. Саме так сталося на проведеній ООН СПТ29, де мало не два тижні багато десятків тисяч учасників дискутували над неіснуючими загрозами збільшення концентрації вуглекислого газу в повітрі, ігноруючи наукові докази того, що за роки появи цього явища продуктивність біосфери зросла аж на третину (з 120 до 160 млрд. т. щорічно), відбувається легко помітне з космосу “позеленіння” у формі зникнення напівпустель і навіть відступу Сахари у зоні Сахелю, а сухі й голі горби біля Мекки нещодавно вкрилися травою (що й показує світове телебачення). Немає ніяких вагомих підстав боятися швидкого підвищення рівня океанів від танення всіх льодовиків, адже сучасні знання науковців про причини змін клімату (точніше – середньої температури приземних шарів тропосфери) свідчать про існування не менше десяти великих чинників впливу “рівня CO₂”, частина яких вже розпочала поступово рухати Землю до початку чергового зледеніння.

З вивчених нами форумів і конференцій можемо відзначити Давос-2025,

який доцільно описати детальніше. Це був ювілейний 55-й Світовий економічний форум в швейцарському Давосі, що тривав там з 20 по 24 січня 2025 року з участю представників України [3]. Як зазвичай, підготовка була тривалою й об'ємною, а умови проведення – прекрасними. Понад півтисячі штатних працівників-організаторів спільно з керівництвом майже тисячі спілок і фірм з глобальним впливом зібрали у Давосі світову інтелектуальну еліту, провідних підприємців, політичних діячів і найкращих журналістів для оцінки стану людства, виявлення головних загроз для його існування і формування переліку рятівних пропозицій.

Було завчасно проголошено скерування Давосу-2025 на активне припинення сучасної *“Епохи фрагментації”* (досить вдале формулювання, що не вимагає уточнень на кшталт “Війна в Україні”, “Вступ у Третю світову війну” та ін.) й прискорення руху всього людства до *“Інтелектуальної Епохи”*, яку не деталізували у сподіванні на її “очевидне значення”. Утримуючись від детального опису всіх подій на Давосі-2025, вкажемо вказівки для теми *“Захист планети”*:

“Інноваційні партнерства та діалог, які дають змогу інвестувати та впроваджувати кліматичні та чисті технології, матимуть вирішальне значення для прогресу у досягненні глобальних цілей у галузі клімату та природи, а також для вирішення “енергетичної трилеми” – забезпечення доступного, безпечного та стійкого енергопостачання.

За даними Міжнародного енергетичного агентства, технології на ринку сьогодні можуть дозволити нам досягти 66% глобальних скорочень викидів, необхідних у разі досягнення чистого нуля до 2050 року – значно більше, ніж два роки тому, але ще багато що треба зробити. Необхідне нарощування амбіцій, управління, партнерств та капіталу для прискорення зусиль з декарбонізації з метою досягнення чистого нуля, інвестування у сприятливі для природи шляхи переходу, а також забезпечення циклічності та стійкості ресурсних систем загалом.

Як ми можемо активізувати дії щодо захисту клімату та природи за допомогою інноваційного партнерства, збільшення фінансування та впровадження передових технологій?

У цьому контексті дуже важливо, щоб бізнес, уряди та громадянське суспільство працювали разом, щоб знайти спільні рішення та вжити рішучих заходів. Всесвітній економічний форум через свої Центри об'єднує зусилля державного та приватного секторів для досягнення більших результатів” [3].

Наголосимо на тому, що слова *“чистий нуль”* дуже вдало і “всезагально” характеризують уявлення організаторів вказаного Форуму й загалу його учасників (включаючи десятки доповідачів) і про стан людства; і про сукупність думок, планів, заходів та всього іншого на всі десятки років аж до кінця століття. Давос-2025 фактично проігнорував воєнні конфлікти, багато осередків голоду, виникнення епідемічних загроз та ін. В процесі великого анкетування учасників організатори Форуму запропонували перелік 33 глобальних загроз, склали на цій основі рейтинги і зробили належні висновки. Роботу над заключним Звітом виконали понад 900 експертів з

урядових, політичних економічних і академічних кіл. Коротко узагальнимо головне з цього результату: найбільшою загрозою для 2025 року визнали “збройний конфлікт на рівні держав”, а от для наступних років це явище зсунули на третє місце, а на перше впевнено запропонували “зміну клімату” з неконтрольованим збільшення “екстремальних погодних явищ”. Ми робимо “впевнений висновок” щодо безперечного досягнення ЗМІ у залякуванні всіх HSS міфами і вигадками щодо безлічі нещасть у кожній точці Землі.

Отже, в Давосі-2025 провідні представники майбутньої “Інтелектуальної Епохи” вимагають від усіх восьми мільярдів землян в режимі 24/7 рятуватися від глобального потепління рухом до вказаного “чистого нуля” – до припинення поповнення атмосфери вуглекислим газом, включаючи і промислові процеси, і життєдіяльність тварин. Та ця повна однастайність висловлювань тисяч осіб щодо “чистого нуля” і “глобального потепління” не робить їх Істиною чи хоча б “мудрими міркуваннями”. Це банальна **помилка** і результат повної необізнаності у досягненнях і пропозиціях сучасних наук і науковців, насамперед, провідних кліматологів США і СРСР 1970-х років.

Згадані кліматологи і представники інших наук в рамках теми “Ядерна війна і наслідки для клімату” як “додатковий результат” отримали докази того, що наявне і сподіване на майбутнє підвищення концентрації вуглекислого газу в атмосфері матиме виключно позитивні наслідки, адже значно підвищить продуктивність біосфери, зумовить “позеленіння” планети з цілковито незначним впливом на катастрофічні природні явища.

Саме так йдуть сьогодні процеси на Землі, чого не хочуть визнавати політики, економісти, менеджери, маркетингологи і навіть офіційні футурологи не тільки з Давосу-2025, а й усіх інших вивчених нами великих конференцій і зібрань.

Та найгірше в сьогоднішні полягає в тому, що мало не чверть мільйона їх учасників не помітили того, що з 2000-го року на планеті збільшується кількість помічених і запропонованих нами екологічно ідеальних ноотехнологій, що надають HSS потрібне й одночасно “виліковують біосферу” – усувають всі пошкодження, накопичені не тільки за останні десятки років, а й за попередні тисячоліття з моменту винайдення і поширення всепланетного сільського господарства. Ніхто й жодного разу не вказав на те, що таких технологій уже не дві, як у 2000-му році, не чотири (2010) чи 8 (2019), а понад сорок зі зростанням чисельності практично щомісяця.

Для доведення реальності ноотехнологій і порятунку через розвиток ноонаук наведемо лише один приклад, який можна реалізувати легко і швидко – бактеріальну технологію “протеїн Фу”. Це винайдений у США процес отримання з довільної “первинної продукції біосфери” з використанням виявленого в гарячих джерелах мікрогрибка Фу (*Fusarium yellowstonensis*) за 3-4 доби в побутових умовах без біореакторів ідеального білкового мікрофаршу. Цілком очевидно, що поширення по планеті спор Фу обов’язково ліквідує білковий голод, знищить все індустріальне тваринництво, а тому HSS перестануть з’їдати щосекунди приблизно 3400 теплокровних живих істот, більшість з яких мають свідомість. У США використання Фу з якихось причин жорстко обмежене ринком веганських продуктів, а от Європейський Союз у

квітні 2023 р. проголосив план розвитку бактеріальних та інших ноотехнологій [4]. Галас був, а справ ще немає. Причиною може бути неусвідомлення того, що подібні бактеріальні ноопроцеси не являють собою якісь випадкові та примітивні “доповнення” до сучасної харчової індустрії. Це провісники вступу всього людства в цілковито нову нооеру і один з численних ноозасобів ліквідації небезпеки Колапсу-XXI.

Національна і світова “наукова громадськість” довго не вірила, що існують і потроху поширюються технології, що не шкодять біосфері, тому на Заході відхилили всі наші ноопропозиції, а в Україні поступово посилювався опір організаторів конференцій і редакторів журналів. Але в 2024 році сталося офіційне визнання ноотехнологій. Це зробила Національна академія наук України, яка після певних роздумів і вагань поставила в свій основний орган “Світогляд” нашу статтю “Реальний ноошлях до повної ліквідації загрози Колапсу-XXI через розвиток ноонаук” [4]. У ній наведено тільки переконливі факти, тому академіки не ризикнули вважати опис використання 10 ноотехнологій “антинаукою”..

4. Останнім часом ми поширюємо правду про розгортання на планеті трьох меганоореволуцій у виробництві (ноотехнології), інформатиці (Штучний інтелект) та у сфері всіх гуманітарних наук. Найбільш помітним ми вважаємо швидке перетворення археології в одну з провідних і перспективних точних наук, перетворення її в **нооісторію**. Це накопичення точних фактів про давнє минуле шляхом ізотопного та іншого датування артефактів і секвенування (дешифрування) ДНК та інших білків їх органічної складової. У статті [2] ми наголошували на тому, що нооісторія вже надала цілковито незаперечні докази того, що носії українських генів вже здійснили аж чотири рятівні для всього людства “мегаподвиги”: 1) перехід Номо від “природного” канібалізму до гуманізму (Східна Анатолія, 14-10 тис. р. тому), 2) індоєвропейське одуховлення світу (Трипілля і Велике Трипілля, 7-4 тис. р. тому); 3) винайдення першої універсальної монотеїстичної релігії – зороастризму (Велике Трипілля, селище Синташта у Заураллі, Заратуштра, 3700 р. тому); 4) план ноосупільства і досягнення ноосимбіозу докільця і популяції HSS (1922-1925, Париж, В.І. Вернадський). Можливо, що наша повна перемога над рашистами та їх прибічниками пізніше буде визнана “п’ятим українським мегаподвигом”. Примхом Долі є допомога нам з боку “атлантистів” (це західні розвинені держави, що притримуються атлантичної парадигми), які понад 3000 років атакували Центр і Схід Європи. Розвиток подій на планеті свідчить про те, що сили Зла будуть переможені, адже захисники Добра і мільйони науковців PhD-рівня винаходять засоби ліквідації загроз для людства.

5. Формуючи “Висновки і пропозиції”, запросимо всіх читачів до використання в своїх наукових пошуках та в прогнозуванні майбутнього вказаної та іншої інформації і про три глобальні меганоореволуції, і про сотні ноотермінів, які можна розшукати в Інтернеті у разі пошуку по слову “Nooglossary” (це створена нами нооенциклопедія, що містить 225 ноотермінів – слів з майбутнього).

Ми сподіваємося на швидкий поступ HSS у ноовиробництві, але змушені висловити сумнів у паралельних успіхах глобальної ноореволуції

в гуманітарній сфері. Адже тут необхідно замінити у головах мільярдів HSS сформовану за тисячі років неповну, хибну і обмірковано брехливу інформацію в усіх гуманітарних науках, де раніше не було точних інструментальних вимірів і перевірених у багатьох лабораторіях фактів. Тут грандіозні позитивні зміни відбуваються не тільки в археології чи історії, а й у знанні HSS про самого себе і про все людство. З опублікованих нами порівняно нових праць ми можемо вказати на статті [5-7], де узагальнено нові знання про людину і про українську Prehistory.

Та наприкінці після опису дуже прогресивних явищ і тенденцій, вкажемо на те, що в очах більшості HSS Україна та українці лишаються настільки маловідомими, що нам необхідно докласти значних зусиль для поширення по всій планеті вказаних вище та інших досягнень нооісторії щодо внеску носіїв українських генів у захист і порятунок всього людства в критичні моменти його розвитку. Тільки в цьому разі на всіх необхідних для людства "Самітах миру" присутні стоячи й аплодисментами вітатимуть прибуття української делегації.

Література:

1. Korsak, K.V., Kiryk T.V., Korsak, Y.K., Boychuk, O.S., Boychuk, N.O., Pokhresnyk A.K. (2023). About the psychological protection of Ukrainians in the conditions of war and the prospects of eliminating the global obesity epidemic. *Filosofiya relihiyi ta medytsyny v post-sekulyarnu dobu – Philosophy of Religion and Medicine in the Post-Secular Age: Proceedings of the V International Scientific and Practical Conference dedicated to the memory of St. Luke (V. F. Voyno-Yasenetsky). (Juin 8-9, 2023)*, (pp. 98-103). Kyiv, NMU O. O. Bogomolets. [in Ukrainian] (URL: <https://drive.google.com/file/d/1cXf7b0DpVmmmG-LvX4pbM3ZACRD0ES69/view>)
2. Korsak, K.V., Kiryk T.V., Korsak, Y.K., Boychuk, O.S., Boychuk, N.O., Pokhresnyk A.K., Lialina O.O. (2024). Participation of nano- and nootechnologies in progress in health care. *Filosofiya relihiyi ta medytsyny v post-sekulyarnu dobu – Philosophy of Religion and Medicine in the Post-Secular Age: Proceedings of the VI International Scientific and Practical Conference dedicated to the memory of St. Luke (V. F. Voyno-Yasenetsky). (Juin 11-12, 2024)*, (pp. 51-56). Kyiv, NMU O.O. Bogomolets. (URL: <https://www.knuba.edu.ua/wp-content/uploads/2024/06/zbirnyk-materialiv-konferencziyi-2024-nmu-im.-o.-o.-bogomolczya.pdf>)
3. World Economic Forum. *Annual Meeting "Collaboration for the Intelligent Age"*. 20-24 January 2025 (URL: <https://www.weforum.org/meetings/world-economic-forum-annual-meeting-2025/>)
4. EU-funded project paves path toward new era of protein sustainability (2023) (URL: <https://www.proteinreport.org/newswire/eu-funded-project-paves-path-toward-new-era-protein-sustainability>) (19-04-2023)
5. Korsak K.V., Talanchuk P.M., Davidenko G.V., Kalakura Y.S., Kiryk T.V., Pokhresnik A.K., Korsak Y.K. et al. (2022). "Facts from noosciences

about norms and anomalies in the thinking and actions of modern Homo Sapiens Sapiens". *International scientific journal "Grail of Science"*, №22 (November; 2022) with the proceedings of the: IV Correspondence International Scientific and Practical Conference "Science of post-industrial society: globalization and transformation processes", November 25th, 2022 by NGO European Scientific Platform (Vinnytsia, Ukraine) LLC International Centre Corporative Management (Vienna, Austria). Pp. 257-280 (DOI 10.36074/grail-of-science.25.11.2022.50) (URL: <https://archive.journal-grail.science/index.php/2710-3056/issue/view/25.11.2022/10>) (in Ukrainian)

6. Korsak K.V., Korsak Y.K. (2025). "On the use of the term "Peneplain civilizations" in the study of the Prehistory of humanity" / *Publisher. agency: materials of the 8th International Scientific Conference "Progress in the Sciences"* (April 17-18, 2025). Brussels, Belgium. P. 284-294 / DOI 10.51582/zenodo.15253299 (URL: <https://ojs.publisher.agency/index.php/PS/issue/view/131/306>) (in Ukrainian)
7. Kiryk, T. V. (2022) "On the difficulties of choosing the paradigm of philosophy of medicine in Ukraine" / *Proceedings III International scientific-practical conference "Education and science of today: intersectoral issues and development of sciences"*, May 20, 2022, Cambridge, UK – P. 78-85 (URL: https://ukrlogos.in.ua/ua_conference_20_05_2022_logos.php).

Секція І.
**ПИТАННЯ ФІЛОСОФІЇ, РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ У ЖИТТІ І ТВОРЧОСТІ
ВИДАТНИХ ДІЯЧІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Білозор Д. В.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
belozordima@gmail.com

**СКЛОВСЬКИЙ ЄВГЕН ЛЬВОВИЧ – ЗАСНОВНИК ПЕДІАТРИЧНОЇ
МЕДИЦИНИ В КИЄВІ**

Тези доповіді присвячуються постаті Євгена Львовича Сковського (1869-1930) – видатного українського лікаря-педіатра, педагога, доктора медицини та професора. Його внесок у розвиток педіатрії в Києві є неоцінним, адже він заснував перші дитячі медичні установи та кафедри, що стали основою сучасної системи охорони здоров'я дітей. Можна сміливо називати лікаря Сковського фундатором системи Охматдит. Професор Сковський, не дивлячись на буремність часів в яких жив, встиг зробити так багато, що його персона не має бути забута і потребує детального історичного вивчення та належної уваги.

Сковський народився 13 квітня 1869 року у Києві. Отримав професію лікаря на медичному факультеті Київського Університету Святого Володимира. По закінченню університету працював земським лікарем (1892–1896) де і отримав колосальну практику. Молодий лікар прийняв участь у боротьбі з епідемією холери, що розгорілась на території південної України. По закінченню практики запрошений на новостворену кафедру дитячих хвороб під керівництвом професора Чернова. В університеті Сковський довгий час пропрацює ординатором, а згодом очолить інфекційне відділення університетської клініки. Активні роки лікаря припадають на інтенсивний розвиток та розширення університетської клініки. Будуються та відкриваються нові корпуси на території Олександрівської лікарні. В цей же час Сковський працює в університетській гінекологічній клініці та в благодійному приюті “подання допомоги бідним породіллям міста Києва”. В 1905-1906 роках стажується в педіатричних клініках Парижа та Берліну [1].

Отримавши досвід Євген Львович Сковський береться за новаторську діяльність медичній сфері Києва. У 1906 році він організував першу в Україні консультацію для новонароджених, що знаходилась на київському Подолі. У 1909 році відкриває дитячу конультацію при клініці Університу Святого Володимира. У 1911 році відкриває перші дитячі ясла. Ці дитячі заклади були першими не тільки в Україні, а і не мали аналогів в той час на території всієї імперії. У місті Боярка керує будівництвом та подальшою діяльністю санаторія для бідних євреїв. Такі проекти в ті часи спонсорувалися єврейською громадою та меценатами очолюваних підприємцем Бродським. Керувати цим санаторієм Сковський буде на протязі 15 років, з 1898 по 1913 рік, займаючись паралельно науковою та медичною діяльністю. Там же в Боярці на гроші меценатів Євген Юрійович відкріє дитячий туберкульозний санаторій.

У 1914 році Євген Львович Сковський очолить спеціалізовану дитячу лікарню. Цей заклад стане першим подібним у Києві і буде діяти на території Александрівської лікарні. При лікарні Євген Юрійович відкриває молочну кухню під назвою “Крапля молока”. Такі кухні розповсюджувались по імперії з початку XX сторіччя, але в Києві такий заклад відкривається з запізненням. В подальшому ці структури будуть розвиватись і стануть основою для появи закладів системи Охматдит [2].

У 1918 році після революційних подій в Києві не знайдеться більш важливої та авторитетної особи в царині педіатрії. Сковський Євген Львович очолить Відділ охорони материнства та дитинства Київського окружного відділу охорони здоров'я. В цьому ж році Сковський почне керувати Київським союзом лікарів та Київським клінічним інститутом проблем охорони дитинства та материнства при ньому. В подальшому в 1930 році цей інститут буде перетворено на Інститут вдосконалення лікарів. З Інститутом вдосконалення лікарів будуть пов'язані подальші 10 років діяльності лікаря. З 1920 року і до самої смерті у 1930 Сковський буде очолювати кафедру дитячих хвороб інституту [3].

Великий внесок Євгена Юрійовича Сковського і в громадську діяльність. За життя лікар став фундатором “Київського товариства боротьби з дитячою смертністю”, “Товариство розподілу допомоги серед бідного єврейського населення”, “Київського товариства дитячих лікарів” в якому він головував з 1923 року до кінця життя.

Наприкінці 19 – початку 20 сторіччя в Києві майже четверту частину населення складали євреї. При чому громада за виключенням невеликої групи підприємців була дуже бідною і неминуче страждала від епідемій. Єврейські родини були багатодітними і не мали можливості надавати дітям необхідну медичну допомогу. Сковський очолить Товариство надання допомоги хворим євреям міста Києва. З 1927 року буде входити до Об'єднаного розподільного комітету американських фондів допомоги євреям. Ця організація носила назву “Джойнт”, була дуже впливовою і важливою в житті української єврейської громади. Під час голоду 1922 р. годувала щоденно 800 тисяч дітей. Спонсорувала діяльність сиротинців та спілок взаємодопомоги. Маючи тісні зв'язки з єврейською громадою, Сковський користувався довірою і розподіляв кошти на гуманітарні та наукові проекти. Звісно про це майже немає ніякої інформації в радянській історіографії. Можливо через зв'язки з цією організацією ім'я Євгена Юрійовича Сковського не отримало значного визнання в радянський час.

Цікавими були і родинні зв'язки Сковського. Багато в чому професору допоміг брак з Кларою Арінштейн, донькою великого релігійного і громадського діяча з харківської єврейської громади. Так племінниками дружини були відомі київські лікарі Рашель Григорівна Лур'є і Олександр Григорович Лур'є, Також племінником дружини був відомий письменник та публіцист Ілля Еренбург. Зятем, чоловіком єдиної доньки лікаря, став його улюблений учень Емануїл Йосипович Фрідман, який закінчив Київський медичний інститут у 1922 р. В подальшому він стане професором, доктором медичних наук, спеціалістом в галузі патологій дитячого віку.

Професор Сковський підготував цілу плеяду педіатрів. Його учнями були Серед його учнів – доктори наук Віра Балабан, Любов Зельдич, Емануїл Фрідман, Олена Хохол. Це далеко не повний список, враховуючи яка кількість студентів вчилася у метра. Величезна кількість наукових робіт була опублікована професором Сковським. Тематика від догляду за немовлям до наукових робіт з фтизіатрії дитячого віку. Займався професор і розробкою проєктів сиротинців, питаннями вдосконалення меблів та обладнання для медичних закладів. Тематикою санітарно – курортного лікування та реабілітації. Найвагомішою вважається робота 1923 року “Туберкульоз в дитячому віці”. Залишився в медицині і термін “Симптом Сковського”, це метод мануального виявлення вітряної віспи шляхом натискання на шкіру біля виспаного пухирця.

Помер лікар Сковський буквально на робочому місці. Це трапилось у 1930 році під час командировки в Кам'янець-Подільський на чолі бригади столичних спеціалістів для проведення медичних консультацій [4]. Отже віддамо належну шану випускнику медичного факультету Університету Святого Володимира, одному з визначних фундаторів київської школи медицини. Працездатність та гуманність професора Сковського має послужити взірцем для майбутніх лікарів України.

Література:

1. До 100 річчя з дня заснування кафедри педіатрії №1 Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (м. Київ). – URL <https://med-expert.com.ua/journals/wp-content/uploads/2018/08/03-1.pdf> (дата звернення: 15.05.2025).
2. Педіатрія – на все життя, або Вікові традиції післядипломної освіти українських педіатрів. – URL <https://umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2018/11/Pediatr.pdf> (дата звернення: 15.05.2025).
3. Сковський Євген Львович (1869-1930), Національна наукова медична бібліотека України. – URL <https://umoloda.kyiv.ua/number/2614/265/91959> (дата звернення: 15.05.2025).
4. Легенди і бувальщини київської медицини (люди, факти, події, документи). – К.: Століття, 2001. – С. 171-172.

Пошкурлат А. В.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
77777777@ukr.net

БЕЦ ВОЛОДИМИР ОЛЕКСАНДРОВИЧ – КОРИФЕЙ КИЇВСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ ШКОЛИ, ВИДАТНИЙ АНАТОМ ТА ГІСТОЛОГ

Сьогодні ми зібрались на кафедрі філософії, біоетики та історії медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця на щорічну конференцію, присвячену світлій пам'яті архієпископа Луки (Войно-Ясенецького). Як відомо, свт. Лука навчався і був випускником медичного факультету Київського університету – осереддя київської медичної школи, який славився потужним професорсько-викладацьким колективом як

необхідною умовою для подальшого розвитку медичної школи і появи талановитих продовжувачів славних традицій. Тому, хотілось би приділити увагу одному із випускників цього медичного факультету університету Святого Володимира, який по завершенню навчання став частиною цього професорсько-викладацького колективу. Мова йде про видатного вченого Володимира Олександровича Беца. Передовсім варто зауважити, що В. О. Бец увійшов до історії вітчизняної медицини новатором у методиці досліджень клітин головного мозку розробивши новітню методику дослідження цих клітин шляхом проведення тонесеньких їх зрізів (до 0.05 мм), що надавало на той час неймовірні можливості для їх ретельного дослідження з метою напрацювання нових методик лікування. Навчаючись у провідних фахівців тієї доби (таких як Карл Людвіг) та в новітніх лабораторіях Європи, він зміг досягти неймовірних результатів у своїх дослідженнях та захистити у 1863 р. докторську дисертацію “Про механізм кровообігу в печінці”. До речі, його унікальна колекція і досягнення були добре відомі не лише на батьківщині, але й у Європі. У Відні у 1873 р. та Санкт-Петербурзі у 1870 р. його колекція була відзначена медалями.

Досліджуючи головний мозок В. О. Бец зробив унікальне відкриття клітин, які пізніше було названо на його честь – “клітини Беца”. Цім відкриттям він, безперечно, вивів українську медицину на світовий рівень. У 1874р. він відкрив гігантські пірамідні нейрони у шарі кори передцентральної звивини та прецентральної часточки великого мозку. Він першим у світовій практиці систематизував дані і вивчив цитоархітектоніку, що являла собою клітинну будову кори великого мозку, та разом з тим довів, що кора головного мозку являє собою неоднорідний комплекс нервових клітин і різний набір нейронів відповідає різним ділянкам головного мозку. Таким чином у другій половині 19 століття В.О. Бец виокремив вісім цитоархітектонічних полів і започаткував вчення про морфологічні основи динамічної локалізації функцій у корі півкуль великого мозку. Результатом цих досліджень став підготовлений до друку “Атлас людського мозку”, що побачив світ 1890 р. У ньому вперше було використано фото і кліше анатомії звивин та розташування нервових центрів на поверхні мозку.

Не менш значимим було відкриття 1864р. хромафінної реакції мозкової речовини надниркових залоз. В.О. Бец ретельно досліджував остеогенез, ембріогенез, ріст людських кісток. Його наукові дослідження на основі об’єктивних анатомічних даних допомогли розбити щент таку хибну теорію як френологія та расову теорію.

Творче і професійне життя В.О. Беца було тісно пов’язане з університетом Св.Володимира, на кафедрі анатомії якого він пропрацював близько 21 року і врешті-решт очолив її.

Разом з тим з 1884р. і до самої смерті був головним лікарем Південно – Західних залізниць.

Не дарма кажуть талановита людина – талановита у всьому. В.О. Бец був активним громадським діячем, а також співзасновником Київського товариства дослідників природи. В.О. Бец також увійшов до історії і як послідовний українофіл спільною працею з Володимиром Антоновичем,

відомою як “Історичні діячі Південно – Західної Росії”.

Володимир Олександрович Бец за своє життя підготував близько 50 наукових праць, за якими навчалися майбутні лікарі, а завдяки його науковим розробкам та досягненням по сьогодні і сучасні лікарі рятують неймовірну кількість людей у світі. А свою неймовірну колекцію він подарував медичному факультету – його професорсько-викладацькому колективу та студентам.

Земний уклін В. О. Бецу від нащадків за його унікальні наукові здобутки та досягнення, які сприяли формуванню майбутньої української медичної еліти лікарів – науковців.

Література:

1. Національна академія наук України. – URL: <https://old.nas.gov.ua/EN/Messages/Pages/View.aspx?MessageID=11262>
2. Ступак Ф. Я. (2002), Нарис історії Національного медичного університету імені О. О.Богомольця. Київ, 108 с.
3. Шаров І. (2006), Вчені України: 100 видатних імен. Київ: АртЕк, 486 с.

Шевченко С. Л.,

НМУ імені О. О. Богомольця,
ex.theology@gmail.com

КОМУНІКАЦІЯ ЯК ПЕРШОПРИЧИНА АВТЕНТИЧНОЇ ЕКЗИСТЕНЦІЇ В ФІЛОСОФІЇ К. ЯСПЕРСА

У своїх міркуваннях К. Ясперс виходив з власної, доволі цікаво обґрунтованої концепції людини, власного бачення її сутності та способу існування в світі. Головні скрижалі цієї концепції – тези про принципову відсутність “системи людського як такого” і незавершеність будь-якого знання щодо конкретної людської істоти. Людина, за К. Ясперсом, це насамперед, і наявне буття, і свідомість, і дух, і розум, і екзистенція. Людина, на його глибоке переконання, це відкрита можливість, яка є незавершеною і ніколи не може бути завершеною. Вона завжди є нетотожною тому, що людина вже створила з собою у цьому світі, оскільки її головною сутністю, за К. Ясперсом, є здатність до трансцендування, до подолання вже зафіксованих форм людського буття.

Філософська концепція К. Ясперса зосереджується на одному дуже важливому моменті: справжнє, автентичне самобуття людини можливе лише в тісному зв’язку з іншою людиною. Він називає цей суттєвий зв’язок, цю першопричину відносин між людьми, комунікацією. Питання про комунікацію – центральне положення ясперсівської філософії. Для К. Ясперса одна людина занурюється в глуху замкненість і лише разом із іншими, в русі до взаємного зближення вона може відкритися. Фактично комунікація для К. Ясперса стає проміжною ланкою, завдяки якій він намагався вирішити дилему взаємозв’язку розуму і екзистенції. Екзистенцію німецький мислитель визначав як буття, в яке розум привносить паростки розуміння.

К. Ясперс ставить в центр свого філософствування не просто “екзистенцію”. Одним із найважливіших його положень є положення про те, що “самобуття і

буття-в-комунікації нерозривні” [1, с. 21]. Вони не лише знаходяться в тісному зв’язку, але, більше того, “... комунікація – першопричина екзистенції” [2, с. 67].

В його концепції “екзистенційна комунікація” – це сукупність відносин, які засновані на “взаємності”, “рівності рівнів”, “становленні відкритості”, “люблячій боротьбі” і т. д. Проявляється “екзистенційна комунікація” в “межових ситуаціях”, в які людина потрапляє на окраїні “буття і небуття”. “Пізнати граничну ситуацію і бути в екзистенції – одне і те ж саме” [3, с. 82].

Людське буття, як наголошує К. Ясперс, є завжди “буттям з іншим”. Екзистенція не може стати предметом пізнання, але, за Ясперсом, вона може “спілкуватися з іншою екзистенцією” – і цього достатньо, щоб вона існувала не як суб’єктивна ілюзія, а як реальність: якщо є хоча б одна людина, для якої екзистенція виступає як реальність, – вона дійсно є такою. Комунікація визначається Ясперсом як спосіб поєднання розуму та принципу, що вносить розуміння, осмислення, “висвітлення” – з одного боку, й екзистенції, як тієї, що вводить те саме буття, яке повинне бути висвітленим, зрозумілим – з другого боку. “К. Ясперс розміщує в центрі свого філософствування не просто “екзистенцію”, – стверджує у цьому зв’язку дослідниця комунікативної філософії Л. А. Ситніченко. – Одним з найважливіших його положень є положення про те, що самотуття і буття – в комунікації є неподільними” [4, с. 37].

Екзистенція, за К. Ясперсом, не може бути і уречевленою, але вона може спілкуватися з іншою екзистенцією. Можливість бути зрозумілим, почутим, є критерієм, згідно з яким свободу й екзистенцію можна відрізнити від сваволі й свавілля. Слушною з цього приводу є думка Л. А. Ситніченко, яка зауважує, що “Стверджуючи й усебічно обґрунтовуючи положення про те, що “справжнє буття людини” можливе лише в тісному зв’язку з іншими людьми, Ясперс називає цей сутнісний зв’язок, ці засадничі відносини між людьми комунікацією. ... Для Ясперса проблема порятунку від самотності через “екзистенційну комунікацію” є не лише питанням, що стосується виявлення “екзистенції”, але й проблемою, від розв’язання якої взагалі залежить подальша доля всієї культури. Ясперс ставить у центр своєї філософії не просто екзистенцію, як найчастіше вважають. Він наполягає на тому, що здійснення власного (екзистенційного) буття людини та буття-в-комунікації мають тісний зв’язок: комунікація є першопричиною екзистенції” [5, с. 6].

Основоположна філософська позиція для Ясперса коріниться у прагненні до можливості “люблячої боротьби”, глибинного зв’язку самоті з самістю. Л. Ситніченко наголошує: “Комунікація як любов не є сліпою любов’ю, байдужою до свого предмета. Вона, як любов-боротьба, висвітлює свій предмет, ставить під сумнів, вагомо й вимогливо відрізняє одну можливу екзистенцію від іншої” [6, с. 145].

Особливість екзистенційної комунікації міститься у тому, що вона не може бути комунікацією між багатьма людьми. У неї вступають завжди лише двоє: “достовірна комунікація”, згідно Ясперсу, це – “любов – боротьба”. Така комунікація покликана подолати роз’єднаність людей, їх відірваність один від одного, достовірне буття – це завжди “буття з іншим”.

Висвітлюючи найважливіші виміри екзистенційної комунікації, Ясперс зазначає, що становлення відкритості в комунікації означає боротьбу, але

ця боротьба є одночасно й любов. Таким чином, поняття люблячої боротьби у цьому “висвітленні” є одним із центральних: як боротьба комунікація є боротьбою окремих людей за екзистенцію та істину, але на противагу боротьбі на рівні “наявного буття”, в якій використовуються всі засоби проти інших людей, як проти ворогів, це – боротьба-любов [8].

Якщо застосувати вислів: “Міра життя – смерть, міра людини – любов” до філософії Ясперса, то для нього, виявляється, “любов – це ще не комунікація, але її джерело, за допомогою якого комунікація висвітлюється”, “субстанційний первень самобуття в комунікації” [7]. Водночас він наполягає на тому, що здійснення власного (екзистенційного) буття людини та буття-в-комунікації мають тісний зв'язок: комунікація є першопричиною екзистенції (“... міра людини – любов, любов-боротьба – джерело комунікації, комунікація – першопричина екзистенції”) [8].

Отже, К. Ясперс вважає, що саме у комунікації суб'єкта буття зі світом, з іншими людьми, історією остаточно вирішується питання існування як свободи – несвободи, суверенності – залежності, відповідальності – безвідповідальності, питання об'єктивації спроможності бути як сенсу життя. Головний засіб комунікації та її спрямування – то духовна комунікація, за допомогою якої одна людина може проникнутися життям іншої, наблизитись до “безумовного”, відповідального вибору, рішення, розуміння, до “самого буття”, тобто відшукати автентичність власної екзистенції.

Література:

1. Jaspers, K. Einführung in die Philosophie. – München: R. Piper & Co. Verlag, 1953. – 131 s. – URL: https://baselfasel.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/04/jaspers-einfuehrung_in_die_philosophie.pdf
2. Ситниченко Л. А. Проблема общения в современной экзистенциально-антропологической философии ФРГ (Критический анализ) / Диссертация на соискание ученой степени кандидата философских наук. – К.: Институт философии, на правах рукописи, 1985. – 221 с.
3. Идеалистическая философия и идеологические доктрины современной буржуазии / [Отв. ред. А. Т. Гордиенко]. – Киев: Наукова думка, 1983. – 311 с.
4. Ситниченко Л. А. Человеческое общение в интерпретации современной западной философии. – К.: “Наукова думка”, 1990. – 190 с.
5. Ситниченко Л. А. Комунікативно-діалогічна концепція ідентичності в контексті сучасних філософських дискусій // Мультиверсум. Філософський альманах. – Вип. 48. – К.: Укр. Цент духовної культури, 2005. – С. 3-13.
6. Ясперс К. Комунікація [пер з нім. Л. А. Ситниченко] / Ситниченко Л. А. Першоджерела комунікативної філософії. – К.: Либідь, 1996. – С. 132-148.
7. Тейлор Ч. Етика автентичності [пер. з англ. А. Васильченко]. – К.: Дух і літера, 2002 – 128 с.
8. Шевченко С. Л. Автентичність людського буття у філософії екзистенціалізму. – К.: Інститут філософії імені Г. С. Сковороди НАН України, 2012. – 207 с.

Секція II. ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ: МИНУЛЕ ТА СЬОГОДЕННЯ

Дзевульська І. В., Маліков О. В.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
alexandrvm@ukr.net

РОЗВИТОК УЯВЛЕНЬ ПРО НЕРВОВУ СИСТЕМУ У ПОГЛЯДАХ АРИСТОТЕЛЯ

Аристотель спеціально вивчав мозок та нерви, однак не мав чіткої уяви про нервову систему. У своїх працях він намагався надати пояснення про анатомічні особливості цих органів. Він розглядав головний та спинний мозок як цілком різні органи. Спинний мозок, позначений як хребтовий мозок, він ототожнював з кістковим мозком. Усі ці структури він вважав за похідні крові. “Що таке мозок – зрозуміло з того, – відмічав Аристотель, – що він являє собою переварене виділення кров’яного поживного матеріалу, який має розподіл у кістці...”. В іншому місці цієї ж книги можна прочитати: “...мозок за своєю природою також відноситься до крові і не має, як дехто вважає, здатності до сім’яутворення”. Вислів про те, що сім’я є виділенням або частиною мозку, наводився багатьма давніми вченими, зокрема Платоном – вчителем Аристотеля. За Платоном, мозок вкладено у окремі кістки, черепну коробку та хребтовий канал, тобто в “перепони на кшталт каміння”, для захисту цього сім’я. Він ототожнював кістковий мозок не лише зі спинним, але й з головним, однак це ствердження заперечував Аристотель, який підкреслював: “адже дехто головний мозок вважає мозком та початком мозку”, через те, що можна бачити його неперервний зв’язок з хребтовим мозком. Але можна казати, що головний мозок за своєю природою являє пряму протилежність мозку, адже головний мозок – найхолодніша частина тіла, проте мозок гарячий за своєю природою: це доводить його жирний відтінок та вміст жиру. Про те, що мозок є теплим, свідчить багато факторів, так як і те, що він є найбільшою безкровною вологою у всьому тілі (він не містить жодної краплі крові) та найбільш щільною”. Ще раніше, у своїй великій роботі “Історія тварин” він писав: “Мозок у всіх тварин безкровний і не містить вен”. Аристотель дійшов невірної висновку щодо діяльності головного мозку, але використовував при цьому об’єктивні дані. Речовина мозку, насамперед біла, ззовні насправді видається безкровною. У зв’язку з цим, а також через свої помилкові судження щодо ролі серця, він сформулював фантастичне уявлення про діяльність головного мозку. Аристотель вважав, що мозок існує заради серця. У трактаті “Про виникнення тварин” написано: “Внаслідок того, що початок відчуттів знаходиться у серці, він виникає першим у всьому тваринному; через притаманну йому теплоту, зверху, де закінчуються вени, утворюється протилежна серцевій теплоті холодна частина, – головний мозок”. Відповідно своїм теологічним поглядам, він вважав, що цей орган спеціально створений природою аби зменшити надлишок тепла у серці.

Те, що Аристотель вивчав головний мозок різних тварин, не викликає

сумніву. Вірогідно, він також вивчав і мозок людини. “Серед усіх тварин, – писав він, – людина має найбільший мозок. У чоловіків він більший, ніж в жінок, так як у людей місця біля серця та легень – найбільш теплі та повнокровні”.

Не визнаючи головний мозок самостійним органом, Аристотель розглядав його як допоміжну ланку в діяльності серця та надавав йому роль холодильника. Він вважав, що судини головного мозку входять лише в оболони, а не у речовину мозку. У трактаті “Про частини тварин” він писав: “Головний мозок врівноважує теплоту та кипіння у серці, щоб і ця частина отримала помірну теплоту від кожної з вен...”.

Аристотель заперечував зв'язок головного мозку з органами чуття та підкреслював, що мозок “не має неперервного зв'язку з чутливими частинами, це зрозуміло і для ока, але ще більш з того, що дотик до нього не викликає жодного відчуття” і додавав, що “причиною відчуття він не є, бо сам позбавлений відчуттів, які йдуть від серця”. Чому орган зору розміщується біля головного мозку, він пояснює так: “Зір у всіх, хто його має, з розумних міркувань розміщується біля мозку, адже мозок вологий та холодний, зір за своєю природою є водою, а вода серед усіх прозорих тіл легше зберігається”. Аристотель не припускав зв'язку головного мозку з органом смаку, а відчуття смаку розглядав як різновид дотику.

З ім'ям Аристотеля пов'язували уявлення про те, ніби серце є початком нервів. У добу Ренесансу багато хто дотримувалися такої ж думки. Г. Галілей (1564-1642 рр) ще у XVII ст. висміював їх у своєму відомому діалозі. Ця думка склалася з часів Галена і заснована на вислові Аристотеля: “Серце має значну кількість нервів, і це нормально, адже від нього йдуть рухи”. Немає сенсу доводити, що у даному вислові Аристотель мав на увазі сполучнотканинні утворення серця і, передусім, сухожилкові нитки, заслінки клапанів та ін. Між тим Гален, щодо нервів, органів чуття, відмічав: “Аристотель не намагався пояснити призначення жодної з цих частин, зокрема нервів серця; адже головний мозок – початок усіх цих нервів...”. На цю критику гостро реагував Фарабі: “Я не знаю, що змусило Галена у багатьох місцях багатослівно дорікати Аристотелю через те, що у серці багато нервів і що у мозку вони взагалі відсутні”. Між тим він власне визнає наявність у серці чималої кількості тіл, які він називає зв'язками та червоподібними тілами. Вони ж сутність тих речей, які Аристотель називав нервами, а не ті, що тягнуться до очей та вух від мозку. Отже, Фарабі вірно зрозумів думку Аристотеля про “нерви серця”. Ібн Сіна писав: “Серце має два багатих на нерви придатки у вигляді вушок...”. Тут він вкотре поступається авторитету Аристотеля.

Фарабі та Ібн Сіна багато зробили задля збереження ідей Аристотеля в анатомії. Ще далі просунули аристотелізм у біології іспано-арабські лікарі Ібн Баджа (1070-1138 рр), Ібн Туфейль (1110-1185 рр) та, насамперед, Ібн Рушд (1126-1198). Ібн Баджа затвердив перипатетизм в Андалузії. На його еволюційні погляди, викладені у “Книзі про душу”, безпосередньо впливали ідеї Аристотеля та Фарабі. Анатомічні дані, використані Ібн Туфейлем у романі “Хай, син Якзана” були запозичені з робіт Аристотеля, Галена та Ібн Сіни. Найвідомішим дослідником Аристотеля на період Середньовіччя був Ібн Рушд. Його медичний трактат “Колліят” отримав чималу популярність

у Європі. Аверроїзм став подальшим розвитком аристотелізму. Аверроїсти розповсюджували справжньонаукові погляди Аристотеля. Вони сприяли організації відомого Падуанського університету (1222 р), де згодом було засновано сучасну анатомію. Аверроїстом був відомий анатом Алессандро Ачілліні, названий “другим Аристотелем”. Він досліджував шлуночки головного мозку, вивчав спинний мозок, відкрив блоковий нерв і т. ін. У збереженні аристотелівського поняття про нерви важлива роль відводиться Альберту Великому. В основу його капітальної роботи про тварин (“De Aimalibus”) було покладено, головним чином, біологічні роботи Аристотеля, перекладені з арабської мови на латинь. Недарма Альберт Великий також плував нерви із сухожилками. “De Aimalibus” був доволі популярною роботою за доби Ренесансу. Висновки Аристотеля про розвиток справжньої наукової думки у Європі навіть у XVI-XVII ст. вважались недоторканими.

Література:

1. Аристотель. Historia animalium. The Works of Aristotle. Vol. 4, Oxford, 1956.
2. Черкасов В. Г., Дзевульська І. В., Маліков О. В. Аристотель: його погляди на анатомію людини. Нове у медицині сучасного світу. 2019. С. 89-92.

Розовик О. Д.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
lesya1988@gmail.com

ХАРИТИНА ПЕКАРЧУК – ОРГАНІЗАТОРКА МЕДИЧНО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В АРМІЇ УНР

Про жінок у армії УНР відомо мало. Наявна інформація про поодинокі випадки участі жінок у військових діях в основному як сестер-жалібниць. Крім цього, жінки працювали у розвідці а також виконували канцелярську роботу. У армії УНР загалом налічувалася 41 жінка нагороджена відзнакою – Хрестом. Також відомо про трьох жінок які були сестрами-жалібницями у Першому кінному полку Чорних Запорозжців [4, с. 10].

Серед воячок та сестер-жалібниць виокремлюється постать Харитини Пекарчук (Ізбичкої) – полячки за походженням але з чіткою українською самоідентифікацією. Харитина мала патріотичну позицію з юних років. У Криму, де мешкала її родина, вона відвідувала різні українські культурні заходи, декламувала вірші Т. Шевченка перед однокурсниками гімназії. Великий вплив на світогляд Харитини мав Петро Близнюк – чиновник сімферопольської повітової земської управи, якого пізніше за радянських часів було засуджено у справі СБУ. З 1915 по 1918 р. Харитина працювала у Таврійській губернській земській управі, паралельно навчаючись на курсах сестер-жалібниць [1, с. 129, 131]. Також у цей час, українська діячка, разом з П. Близнюком та його дружиною, активно брала участь у заснуванні місцевої “Просвіти” а також у написанні україномовної версії програми УПСР.

Харитина долучилася також до створення українського полку в Сімферополі. Коли у Криму владу захопили більшовики (січень 1918 р.), вона знищила списки членів "Просвіти", заховала озброєння полку. Потім жінка змушена була виїхати з Криму й повернулася туди коли Україну почали звільняти від більшовиків українські та німецько-австрійські війська. Згодом Харитина працювала у Єлисаветградській повітовій комендатурі й у Союзі кооперативів. Владу гетьмана П.Скоропадського не підтримувала. Восени 1918 р. стала старшиною для доручень у Галицько-Українському полку імені І. Богуна, в організації якого брала участь. У складі полку Харитина брала участь у військових діях, створила санітарний вагон для поранених бійців. [1, с. 135, 136]. Отаман Т. Янів, який керував Південно-Східною Армією, надав Харитині дозвіл вилучати будь-який вагон, який проходив через місто Бірзула, для формування санітарного потягу. Сама Харитина згадувала: "Санітарні поїзди на початку відвозили тих найтяжче хворих до Кам'янця Подільського, але їм замикали шлях щораз більше. Отже вкінці Південно-Східна Армія опинилась без санітарних поїздів. Всі лікарні були настільки переповнені, що хворі валялися покоем на підлозі й потрібної опіки дістати не могли. Наша частина теж мала своїх ранених і тифозних. Не було їх чим рятувати, а залишати було годі, тому ми везли їх із собою". Тоді катастрофічно не вистачало медичного персоналу та ліків. Усі функції з пошуку харчів, ліків та надання медичної допомоги вона робила сама. Пізніше Харитині надали кілька помічників з поранених солдат які не мали досвіду надання медичної допомоги. Були такі дні коли не вдавалося зовсім відпочити або відпочинк зводився до сну в кілька годин. Одного разу, коли не було ліків, Харитині довелося створити плацебо: "Щоб морально піддержати хворих, ми інколи мусили як дітей обдурювати їх. Десь удалося раз дістати запас натрону – очищеної соди. Ми розділили її на малі порції й часом, коли не мали нічого кращого, розділювали між хворих. Більшість їх була вдоволена, вірили, що воно їм помагає, раділи, що почувалися краще". Важкохворих бійців, яким потрібна була термінова операція, відвозили до шпиталю у Жмеринці, який працював під егідою Червоного Хреста [3].

Після розгрому санітарного потяга та вбивства отамана Т. Яніва більшовиками, Харитина перейшла до військової частини Запорізька Січ де також евакуювала поранених з поля бою та організувала санітарний потяг. Крім поранених із військової частини Харитини, до потяга прибували й з інших частин. Жінка, хворіючи на тиф, змушена була продовжити свою діяльність з огляду на нестачу медичного персоналу. Ось як вона описувала свої почуття тоді: "Я була свідомо небезпеки, що загрожувала нашим раненим, якщо б ми не вивезли їх із такого сліпого кута та вони попали б у руки большевикам, що були б над ними жакливо знущалися. Тому я гарячкуючи, тягнулася останками сил. У той час смерть людині не була страшна, більше підганяла мене потреба вивезти тих нещасних" [3].

Згодом, Харитина перейшла на службу до Гуцульського полку й продовжила санітарну роботу попри епідемію та нестачу медикаментів. Під час одного з боїв вона була поранена. Харитина була особисто знайома з Ю. Тютюнником, брала участь у Першому Зимовому Поході. У цей час вона вийшла заміж за командира сотні Кінного полку імені І. Мазепи Івана Пекарчука

та взяла його прізвище. На початку травня 1920 р. Харитина Пекарчук знову була поранена більшовицькими військами під час виконання доручення. Тривалий час жінка знаходилася у важкому стані. Була нагороджена жетоном Орденом Залізного Хреста Армії УНР [1, с. 136].

Після закінчення національно-демократичної революції, Харитина Пекарчук перебувала на території Польщі як інтернована військова а потім, почергово, мешкала у Чехословаччині та Польщі. За цей час Харитина перейшла на прогетьманську позицію. У Чехословаччині працювала в “Українській хаті”, навчалася в Українській господарській академії [2]. З початком Другої світової війни, Харитина Пекарчук повернулася в Україну а після закінчення війни змушена була знову покинути батьківщину та мешкати у Німеччині. Наприкінці свого життєвого шляху вона говорила що не жалкує про свої рішення та дії у минулому й була б готова вчинити так само при можливості [1, с. 138].

Харитина Пекарчук своєю наполегливою діяльністю внесла вклад у справу українізації військових частин, боротьбу за державність. Особливу роль вона зіграла в утворенні санітарної служби військових частин, встановила приклад служіння народу наступним поколінням.

Література:

1. Іванець, А. (2017), До питання про кримський період життя української діячки Харитини Пекарчук, Українознавство. Історичні студії, № 4 (65). С. 126-141.
2. Коваль, Р. (2005), Прекрасна українка Харитина Пекарчук. Багряні жнива Української революції. 100 історій і біографій учасників Визвольних змагань, Київ, Діокор. – URL: <http://www.ukrlife.org/main/evshan/zhnyva97.html>
3. Пекарчук, Х. (1969), Вояцьким шляхом. Спогади Харитини Пекарчук про війну, 1918 – 1919. Наше життя. Ч. 2 – 10. – URL: <https://edu.lvivcenter.org/documents/kharytyna-pekarchuk-s-memories-1918-1919/>
4. Швидченко, Т. (2019), Жінки у боротьбі за українську державність у 1917 – 1921 рр. Українознавство, № 4 (73). С. 8-24.

с. Валентина Рябушко,

Люблінський Католицький Університет ім. Івана Павла II,

м. Люблін, Польща,

valentya.ryabushko@gmail.com

ІНТЕГРАЦІЯ РЕЛІГІЙНИХ ІНСТИТУЦІЙ У СИСТЕМУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МІЖВОЄННОЇ ГАЛИЧИНИ: МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ КРИТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДОГОВОРУ 1938 РОКУ МІЖ ТОВАРИСТВОМ “НАРОДНА ЛІЧНИЦЯ” ТА ЗГРОМАДЖЕННЯМ СЕСТЕР МИЛОСЕРДЯ

1. Вступ

Договір від 1 квітня 1938 року між Товариством “Народна Лічниця” та Монастирем Сестер Милосердя святого Вінкентія є унікальним правовим актом, що відображає співпрацю церковних структур і громадянського суспільства

в галузі охорони здоров'я міжвоєнної Галичини. Його значущість полягає у нормативному закріпленні поєднання релігійної місії з професійною медичною діяльністю в умовах польського владарювання.

Аналіз цього документа відкриває нові перспективи для дослідження ролі релігійних інституцій у формуванні соціального добробуту за умов політичних обмежень та етнокультурної дискримінації. Договір засвідчує прагнення українських структур дотримуватися державного законодавства, зберігаючи конфесійну автономію та соціальну ефективність.

Критичний аналіз спирається на правові, історичні, соціологічні та богословські джерела, а також на зіставлення угоди з нормативною базою II Речі Посполитої в галузях праці, охорони здоров'я та соціального страхування, зокрема в контексті делегування відповідальності, жіночого релігійного лідерства та гарантій трудових прав сестер.

Товариство **“Народна Лічниця”** – українська благодійно-медична організація, створена у Львові на початку XX століття з метою надання безоплатної медичної допомоги незаможним пацієнтам, незалежно від їхньої етнічної чи конфесійної приналежності. Ініціатором заснування виступив лікар Євген Озаркевич (1902 р.), який прагнув не лише забезпечити медичну підтримку нужденним, але й консолідувати українське лікарське середовище. Статут Товариства було затверджено 20 грудня 1902 року, а вже 22 січня 1903 року львівське намісництво офіційно зареєструвало організацію. До реалізації проекту спочатку амбулаторії, а опісля – Шпиталю долучилися провідні львівські лікарі, представники духовенства та громадські діячі. Важливу роль у становленні Товариства відіграв митрополит Андрей Шептицький, який не лише взяв на себе патронат над організацією, але й передав їй у власність будинок на вул. Петра Скарги, 4, виділивши кошти на його реконструкцію. Перша амбулаторія товариства розпочала роботу у 1903 році під керівництвом Євгена Озаркевича, за участі лікарів Софії Морачевської та Пюнтковського. На момент підписання договору Товариство очолював сен. В. Децкевич, його заступником був о. Юліан Дзерович, Директором Шпиталю став Тит-Євген Бурачинський (який раніше запропонував назвати інституцію на честь Митрополита Андрея), його заступником в Шпиталі був доктор Олександр Подолинський [8, с. 19-20].

Згромадження Сестер Милосердя святого Вінкентія, позначене в Договорі як “Монастир СС Милосердя Св. Вінкентія обр. гр. кат. у Львові”, було засноване 1926 року в Східній Галичині на запрошення митрополита Андрея Шептицького бельгійським Згромадженням латинського обряду з метою духовного, соціального та медичного служіння українському народові. Перша спільнота постала у Станіславові (нині – Івано-Франківськ), де сестри відразу перейшли на греко-католицький обряд, інтегруючись у місцеву церковну традицію. Засновницею й першою настоятелькою української гілки стала бельгійка с. Марія-Єлизавета (Єлизавета Поппе), яка прибула до Галичини у 42-річному віці, маючи спеціалізовану освіту в галузі медичної гігієни, диплом учительки математики та практичні навички у швейній справі. До самої смерті у 1970 році вона провадила спільнотою з притаманними їй духовною глибиною, рішучістю, жертвністю, організаційною компетентністю й винятковою здатністю до душпастирського проводу.

Згромадження приймало передусім дівчат із бідних українських родин, які не мали змоги вступити до інших монастирів через відсутність посагу. Кандидатки проходили духовну і професійну формуцію в Бельгії, а згодом, склавши обіти, поверталися до України для апостольського служіння.

У 1929 році, на повторне запрошення Митрополита, сестри прибули до Львова. Ще з 1928 року [9] Митрополит Андрей Шептицький передбачав доручити їм управління новозаснованим Шпиталем, щойно він буде завершений і відповідно обладнаний. З 1931 по 1936 роки працю в амбулаторії, яка передувала Шпиталю, виконувало 2 сестри, але до офіційного відкриття інтенсивно готували нові кадри в Бельгії. Станом на 1938 рік до Бельгії на вишкіл було відправлено близько 78 українок, а в Галичині служило близько 35 сестер (переважна більшість з яких були українками), бельгійського походження була головна настоятелька с. Єлизавета і настоятельки домів. У Станіславові служили 12 сестер (переважно педагогів), у Львові 15 сестер опікувалися притулком для 80-ти бідних дівчат по вул. Бічна Стрийська, 3, а ще 8 сестер переселилися в Шпиталь відразу після підписання Договору.

2. Контекст укладення договору

2.1. Політична ситуація. У міжвоєнний період Галичина перебувала під польською владою, що супроводжувалося значними обмеженнями для українського населення в політичній, культурній та соціальній сферах. В умовах таких обмежень українські інституції, зокрема Товариство “Народна Лічниця”, прагнули зберегти автономію та забезпечити доступ своїх співгромадян до медичних і соціальних послуг. Укладення договору свідчить про прагнення до співпраці між українськими громадськими й релігійними структурами в умовах цих обмежень, зокрема щодо доступу до охорони здоров'я.

Активна участь Української Греко-Католицької Церкви в організації паралельних державним ініціатив – освітніх і медичних – мала на меті підтримку національної ідентичності, соціальної згуртованості та турботи про здоров'я населення. Це дозволило формувати альтернативні моделі самодопомоги, які були необхідні через обмежений доступ до державних інституцій.

2.2. Соціально-економічний вимір. Медична інфраструктура в українському середовищі міжвоєнної Галичини функціонувала в умовах обмежених фінансових можливостей. Основним джерелом її утримання були благодійні внески громадськості, пожертви заможніших парафіян та меценатів, а також фінансова підтримка Львівської Митрополії Української Греко-Католицької Церкви. Важливу роль відігравала жертвна праця лікарів і медичного персоналу, які часто виконували свої обов'язки на добровільних засадах, сприймаючи службу ближньому як духовне покликання та суспільну місію.

Через обмежений бюджет Шпиталь у стосунку до сестер використовував додаткові натуральні форми винагороди – надання харчування, житла, оплати комунальних послуг. Така практика свідчить про скромні економічні ресурси, але водночас – про високий рівень солідарності та взаємопідтримки всередині української спільноти. Незважаючи на труднощі, ця система дозволила підтримувати базову доступність медичних послуг для широких верств

населення, особливо для найбільш уразливих – хворих, бідних і літніх людей.

2.3. Юридичні умови. Закон від 21 лютого 1935 року “Про догляд хорих” та супровідні міністерські розпорядження 1936-1937 років заклали правову основу для організації системи медико-соціального догляду в Другій Речі Посполитій. Ці нормативні акти регламентували умови діяльності медичних установ, стандарти надання допомоги, вимоги до персоналу та чітко визначали відповідальність за дотримання гігієнічних і професійних норм у догляді за хворими.

У цьому контексті договір 1938 року набув важливого значення як легітимний інструмент узгодження діяльності українських релігійних та громадських структур із новими державними регуляціями. Він не лише засвідчив готовність української сторони до правової інтеграції в загальнодержавну систему охорони здоров'я, але й формально визначив участь черниць (монахинь) як частини кваліфікованого персоналу Шпиталю.

Згідно з положеннями договору, монахині виконували обов'язки у межах, погоджених із державними органами, що дозволило їм офіційно діяти в межах правового поля та одночасно зберегти духовно-соціальну місію. Таким чином, договір став зразком конструктивного діалогу між конфесійною ініціативою та державною політикою у сфері соціального захисту та медицини.

3. Текстуальний аналіз

3.1 Предмет договору: Монастир зобов'язується надавати медичний догляд за хворими та виконувати адміністративно-господарські функції в Шпиталі (ст. I–II).

3.2 Сестри мають кваліфікацію, відповідну законам 1935–1937 рр. (ст. III), і дотримують всіх законодавчих вимог, що підкреслює інтеграцію державних стандартів і релігійної діяльності.

3.3 Обов'язки сестер:

- Медичні: Постійна присутність, виконання лікарських вказівок, допомога при операціях, розподіл ліків (ст. IV).

- Адміністративні: нагляд за нижчим персоналом (ст. IV.8.), управління канцелярією, складами, кухнею, пральнею (ст. X), що свідчить про комплексний підхід до функціонування Шпиталю.

- Релігійні: Попри можливість для сестер зберігати свої релігійні практики, була заборона на примус до релігійних практик пацієнтів (ст. VI).

3.4 Умови праці та соціальні гарантії

Сестри отримували:

- Місячну платню 25 золотих (ст. XIV).
- Харчування, житло, пральні послуги (ст. XIV).
- Лікування за рахунок шпиталю при короткотривалих хворобах (ст. XVI).
- Пенсію після 20 років служби (ст. XVII).

4. Трудове законодавство на території Східної Галичини у міжвоєнний період. За матеріалами дисертації О. Я. Маланій “Становлення і еволюція трудового права на території Східної Галичини у складі Другої Речі Посполитої (1918–1939 рр.)” можна виокремити критерії для аналізу договору і провести аналіз на предмет дотримання змісту умов праці та соціального забезпечення молодшого медичного персоналу у міжвоєнній Східній Галичині.

Регулювання укладення та припинення трудових договорів здійснювалося на основі Розпоряджень Президента Другої Речі Посполитої “Про трудові договори робітників” (Rozporządzenie o umowie o pracę robotników) і “Про трудові договори службовців” (Rozporządzenie o umowie o pracę pracowników umysłowych) від 16 березня 1928 р. Закон зобов’язував роботодавця дбати про охорону життя й здоров’я працівників, своєчасно виплачувати заробітну плату та вести належну кадрову документацію. Працівник, зі свого боку, погоджувався виконувати роботу сумлінно, дотримуючись правил техніки безпеки й внутрішнього розпорядку. Згідно законом також було передбачено механізми припинення договору. Обидві сторони мали право на дострокове розірвання угоди за порушення умов або у визначених законом обставинах. У підсумку трудовий договір був правовим інструментом, що врівноважує свободу найму з соціальною відповідальністю, захищаючи учасників трудових відносин від конфліктів і зловживань [2, с. 144-170].

4.1. Правовий статус молодшого медичного персоналу у міжвоєнній Галичині

Медичні працівники, включаючи молодший медперсонал, відносились до категорії службовців або працівників інтелектуальної праці на противагу до робітників, які виконували фізичну працю. Це було визначено в Розпорядженні Президента Польщі від 16 березня 1928 р. [2, с. 145]. За даними перепису населення Речі Посполитої станом на 30.09.2021 у Львівському воєводстві на 2 718 014 мешканців припадало 4026 активно працюючих у сфері охорони здоров’я, з яких приватна практика – 1249 осіб; лікарі, фельдшери і медсестри разом складали 713 осіб [5, с. 111,156-157]. Відомо, що станом на 1936 рік на території Львівського, Тернопільського та Станіславівського воєводств нараховувалося всього 76 медичних сестер, які працювали у 62 осередках здоров’я [1, с. 96]. Можемо уявити, наскільки бажаними і затребуваними були медичні професії.

Підготовку середнього медичного персоналу в Польщі забезпечували чотири державні школи для медсестер – у Варшаві, Кракові, Познані та Катовіце (у східних воєводствах не було жодної), а також три школи акушерок – у Кракові, Львові та Вільні [3, с. 81]. Під час вступу до школи медсестер до уваги брали: вік від 18 до 30 років (в окремих випадках – вище 30), документ про закінчення гімназії, документ про задовільний стан психічного та фізичного здоров’я [3, с. 81]. У Львові з 1922 до 1939 років також діяла Школа медичних сестер, організована під патронатом Товариства Червоного Хреста. Туди приймали молодих жінок, а також монахинь, з обов’язковою освітою 6-7 класів і кількарічним стажем практичної роботи. З 1924 по 1930 роки дипломи медичних сестер з дворічним навчанням отримали 10 жінок цивільних і 115 сестер законниць [1, с. 95-96]. Щодо медичного персоналу дитячих закладів, то в 1937 році у Львові при товаристві імені Христової дитини у Львові була відкрита приватна школа з догляду за хворими. Навчання у школі було відкрито для жінок віком 18-25 років, було платним і тривало 2,5 роки. Випускниці школи працювали в дитячих клініках, порадах матерів і дітей, а також доглядали за хворими та здоровими дітьми у приватних будинках багатих людей [1, с. 96].

Діяльність медсестер була у фокусі уваги Міністерства праці та со-

ціальної опіки. Для отримання дозволу на виконання професії медсестри закон приписував подати заяву до Міністерства охорони здоров'я, додаючи документи, що підтверджують: громадянство Польщі, повну правоздатність, добру моральну репутацію, відсутність психічних захворювань або хронічних недуг, які могли б перешкоджати виконанню професійних обов'язків, закінчення курсу навчання, передбаченого законом, складання екзамену на медсестру [7]. До обов'язків медсестри входило: догляд за хворими в лікувальних закладах та вдома у хворого; виконання всіх рекомендацій лікаря; праця в лікувальних, профілактичних і навчальних закладах.

Члени Монастиря сестер милосердя не були польськими громадянами: до їх складу входили бельгійські місіонерки та українки. В Галичині жінки з бідних українських родин, позбавлені доступу до освіти через соціально-етнічну дискримінацію, не відповідали формальним вимогам (6-7 класів школи або закінчення гімназії) для навчання на медичних сестер, а опісля – для отримання дозволу на медичну практику. Незважаючи на високий рівень підготовки, підтверджений лікарями, бельгійські дипломи сестер не визнавалися в Польщі. Через це їм доводилося проходити додаткову практику у шпиталях Перемишля та Сокаля, що свідчить про інституційні бар'єри, які ускладнювали легалізацію їхнього професійного статусу. [8, с. 45].

4.2. Тривалість робочого дня: загальним правилом було визначено 8 годин на день, 46 годин на тиждень [2, с. 111]. А у закладах безперервного обслуговування (в тому числі медичних): до 12 годин з перервою після 6 годин [2, с. 113].

4.3. Оплата праці. Інформація про оплату праці медичних працівників у Львові в цей період не була виявлена в доступних джерелах. Однак, за даними Н. М. Переходько, у Волинському воєводстві спостерігався дефіцит медичних кадрів, що впливало на розмір окладів. Так, у 1936 році медсестра в медпункті отримувала 180 злотих, а в закладі охорони матері й дитини Кременецького повіту (1937–1938) – 250 злотих. Фармацевти мали вищі ставки: магістр фармації – 750 злотих, провізор – 750 злотих (+25% для керівника), помічник аптекаря – 600 злотих, практиканти – 150–300 злотих. Додатково оплачувалися нічні чергування (15 злотих) [3, с. 73, 106 – 107].

Для порівняння: у 1935 році заробіток робітника у Львові становив близько 100 злотих, вчителя – 100–300 злотих, професора університету – 700–900 злотих, а президента – 15 000 злотих. Вартість життєвих потреб була такою: буханка хліба – 29 грошів, 1 кг м'яса – ~1 злотий, 10 кг вугілля – 63 гроші, проїзд у трамваї – 20 грошів [4].

4.3.1. Понаднормова робота згідно трудового законодавства: дозволено було не більше 4 годин на день і до 120 годин на рік. І оплата мала нараховуватися в сумі: +50% – за звичайну надурочну; +100% – за роботу вночі, у свята [2, 106-107].

4.4. Час відпочинку і відпустки. Трудове законодавство Другої Речі Посполитої регулювало час відпочинку працівників. Обідня перерва для відпочинку і харчування була обов'язковою, мала мати тривалість не менше однієї години, впродовж якої можна було відлучатись з місця роботи. Щотижневий вихідний відпочинок мав становити не менше, як 24 години. Відпустка для

службовців надавалася: після 6 місяців – 2 тижні, після 1 року – 1 місяць. Відпустка медсестри оплачувалася й тривала чотири тижні, а на випадок хвороби оклад зберігався [3, с. 73].

4.5. Соціальне страхування та пенсія. Страхування службовців регулювалося Розпорядженням Президента Другої Речі Посполитої від 24 листопада 1927 р. (Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych) [6]. Ним гарантувалися страхові виплати службовцям в зв'язку з безробіттям, хворобою (тимчасовою втратою працездатності), старістю та смертю (виплату отримувала сім'я працівника) [2, с. 76-77]. Згідно Розпорядження, обов'язковому страхуванню підлягали особи з 16-річного віку [6, арт. 2-3], за власним бажанням від обов'язку страхування звільнялися серед інших представники духовенства і медичні працівники [6, арт. 6]. Законодавство встановлювало 3 типи страхових виплат: виплата по безробіттю; виплата по тимчасовій непрацездатності; пенсійні виплати (за віком, за інвалідністю, у зв'язку з втратою годувальника) [6, арт. 15]. Право на отримання різних видів пенсійних виплат надавалося за умови сплати внесків і мінімального страхового стажу – 60 місяців [6, арт. 22]. Право на отримання пенсії за віком законодавство надавало застрахованим жінкам-службовцям за загальними нормами – 65 років, ранній – 55-ти років при наявності 35-річного стажу. Пенсія за віком призначалася незалежно від того, припинила особа працювати на час звернення за пенсією чи продовжує [6, арт. 24].

5. Управління, відповідальність та вирішення конфліктів

5.1. Адміністративна участь жінок. Окрім служіння медичними сестрами, сестри милосердя здійснювали повний цикл життєдіяльності Шпиталю (адміністрація, канцелярія, кухня, магазини, пральня – ст. X–XI), що є виявом жіночого управлінського служіння в соціальній інфраструктурі – приклад жіночого лідерства в умовах часткової правової невидимості. Гендерний аспект тут особливо промовистий при значній відповідальності та ефективності не існувало формального юридичного визнання сестер як управлінського персоналу.

5.2. Відповідальність. Монастир несе майнову відповідальність “цілим своїм майном” за збитки, спричинені сестрами або підлеглим персоналом (ст. XI). Це високі фінансові ризики для Монастиря.

5.3. Вирішення конфліктів. Механізм третейського розв'язання спорів через Раду Товариства є новаторським для тогочасного неприбуткового сектору (ст. XII). Водночас Товариство має виключне право вирішувати конфлікти, що є дисбалансом влади і обмежує вплив Монастиря. Особливо якщо взяти до уваги, що Директор Шпиталю настановляється Радою Товариства і є його членом, а сестри не тільки не є членами Товариства, але і не мають в ньому жодного свого представника.

6. Прогресивні положення в контексті 1938 року – 5 пунктів

Сам факт укладення угоди між недержавною громадською організацією (Товариством “Народна Лічниця”) та церковною інституцією (Монастирем сестер милосердя) для спільної реалізації завдань державної політики в сфері охорони здоров'я є прогресивним.

✓ **Інноваційність:**

- Це свідчить про те, що українське громадянське суспільство досягнуло рівня практичної імплементації принципу субсидіарності, відповідно до якого вирішення соціальних питань делегується тим рівням суспільної організації, які є найближчими до громадян і найбільш здатними ефективно діяти (див.: Pius XI, *Quadragesimo Anno*, 1931, §79).

- Це відображення новаторського переосмислення ролі Церкви як активного суб'єкта суспільного розвитку, здатного професійно інтегрувати релігійну місію з практичними викликами часу.

- Юридичне оформлення такої співпраці за допомогою офіційної угоди демонструє правову свідомість сторін і прагнення діяти в межах чинного законодавства, що є ознакою поступового формування правової культури в галузі суспільних послуг.

6.1 Вимога державної кваліфікації персоналу (ст. III). Товариство зобов'язало черниць відповідати державним стандартам фаховості – вияв “діаконії компетентності”. Це також демонструє готовність церковної інституції (Монастиря) до співпраці на основі професійних вимог. Такий підхід відображає процес інтеграції церковного служіння у публічний простір – без втрати власної ідентичності, але з чітким дотриманням норм державного права.

✓ **Інноваційність:**

- Це є ранньою формою правового визнання релігійного персоналу УГКЦ у сфері охорони здоров'я. Ключовим критерієм залишалася відповідність державним стандартам фахової підготовки, орієнтована на практичне забезпечення високої професійної якості послуг

- Водночас, акцент робився передусім на компетентності й функціональній відповідності вимогам охорони здоров'я, а не на адміністративно-правових параметрах особи (громадянство чи правоздатність).

- Це свідчення про прагматичний характер діяльності Шпиталю, де першочергове значення мало забезпечення реальної допомоги хворим згідно з професійними стандартами, за одночасного збереження автономії у кадровій політиці. Це вказує на відносну гнучкість приватно-церковних ініціатив порівняно з державною бюрократичною системою, що дозволяло швидше й ефективніше залучати професійні кадри відповідно до потреб спільноти.

6.2 Положення про релігійну свободу пацієнтів – етика релігійного ненасильства (ст. VI). У 1930-х роках поняття релігійної свободи не було чітко кодифіковане ані в цивільному, ані в канонічному праві.

✓ **Інноваційність:**

- Це положення набуває особливого значення в багатоконфесійному та багатонаціональному контексті міжвоєнного Львова, де мешкали українці, поляки, євреї, вірмени та представники інших громад. Попри те, що Шпиталь був зорієнтований передусім на обслуговування українського населення, повага до релігійної свободи гарантувалася всім пацієнтам, незалежно від національної чи конфесійної належності. У цьому сенсі стаття VI свідчить не лише про толерантність, а й про усвідомлену етичну позицію Церкви щодо релігійного ненасильства.

- Зміст норми значно випереджає офіційне проголошення Католицькою

Церквою принципу релігійної свободи в декларації *Dignitatis Humanae* Другого Ватиканського собору (1965). Таким чином, ідея невтручання у врівизнання та внутрішню свободу особи була закладена в правову площину ще до її богословського артикуляційного визнання, що засвідчує високий рівень етичного та правового мислення авторів документа.

6.3 Повна інтеграція жінок у систему управління (ст. X–XI). Положення договору надають настоятельці монастиря статус адміністративної відповідальної за діяльність сестер і молодшого персоналу у Шпиталі, включно з правом представлення інтересів у відносинах з державними структурами (ведення книг, магазинів). Це де-факто означає делегування жінкам (черницям) повноважень, притаманих управлінському персоналу і розширює простір жіночої присутності у суспільно-інституційній сфері.

✓ **Інноваційність:**

- У 1930-х роках жінки рідко займали керівні позиції у медичних чи адміністративних структурах.

- У цьому договорі сестри керують повним адміністративним циклом, що є виявом фактичного жіночого менеджменту в соціальній інституції – феномен, який сучасна гендерна історія лише почала вивчати у 1980–1990-х роках.

6.4 Подвійна підзвітність і механізм розв'язання конфліктів (ст. XII). Конфлікти між сторонами розв'язувалися Радою Товариства — приклад інституційної медіації.

✓ **Інноваційність:**

- Це положення застосовує принцип інституційної третейської процедури, відповідно до якої врегулювання конфліктів здійснюється не в односторонньому порядку, а через погоджену форму арбітражу з фіксованими процедурами. Мета механізму – забезпечити правову визначеність і зменшити ризики ескалації напруги між Директором та церковною структурою, а також це гарантія взаємоповаги у конфесійно чутливому середовищі.

- Це наближається до сучасних моделей арбітражу в соціальному секторі.

6.5 Соціальні гарантії. Статті XVI–XVIII фіксують зобов'язання Шпиталю щодо лікування, пенсійного забезпечення й поховання сестер.

✓ **Інноваційність:**

Це є паралель до принципів, пізніше проголошених у енцикліці *Laborem Exercens* (1981). Соціальні гарантії, передбачені договором, мають характер внутрішньоінституційного страхування. Це вказує на намагання компенсувати відсутність державного соціального страхування для релігійного персоналу. Фінансова відповідальність сторін за збереження гідності сестер є важливим етичним маркером.

7. Слабкі місця:

- Мала оплата праці, відсутність гарантій для тривало хворих сестер (ст. XVI), обмежені відпустки (ст. XV).

- Надмірна матеріальна відповідальність Монастиря за майно Шпиталю.

- Конфлікти вирішує Рада Товариства, де Монастир не має представництва (ст. XII), що створює ризик упередженості.

8. Історичне значення:

Договір є свідченням адаптації українських інституцій до умов польської влади. Він демонструє, як Церква і громадська організація компенсували відсутність державної підтримки в охороні здоров'я.

9. Актуальність для сучасності:

Модель може бути корисною для країн з обмеженим доступом до медицини, де релігійні організації грають ключову роль.

Потрібна модифікація з урахуванням прав працівників та пацієнтів.

Рекомендації для подальших досліджень:

- Аналіз архівних матеріалів про реальні умови праці сестер.
- Порівняння з аналогічними договорами в інших регіонах (наприклад, у Італії або Ірландії).
- Дослідження впливу договору на розвиток медичної інфраструктури Львова у ХХ ст.

10 Висновок: Договір 1938 року відображає складний взаємозв'язок між релігією, медициною та політикою в умовах міжвоєнної Галичини. Він є важливим джерелом для розуміння ролі Церкви у формуванні системи охорони здоров'я та соціального захисту в умовах обмежених державних ресурсів. Договір демонструє:

- високий рівень правової та моральної відповідальності сторін;
- ранню реалізацію принципів соціальної доктрини Церкви;
- модель публічно-приватного партнерства з домінантою етикою відповідальності й субсидіарності.

Література:

1. Колос Л.Є., Розвиток медичної освіти на західноукраїнських землях (друга половина XVIII-30-ті роки ХХ ст.), Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук, Львів 2002. – URL: <https://uacademic.info/ua/document/0402U0002727> (26.04.2025).
2. Маланій О. Я., Становлення і еволюція трудового права на території Східної Галичини у складі Другої Речі Посполитої (1918–1939 рр.), Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук, Львів 2018 – URL: <https://lpnu.ua/sites/default/files/2020/dissertation/1703/dysertaciynarobotanazdobuttyanaukovogostupenyakandydatayurydychnyhnaukmalaniyoya.pdf> (24.04.2025).
3. Переходько Н. М., Охорона здоров'я у волинському воєводстві (1921–1939 рр.), Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата історичних наук, (доктора філософії), Рівне 2018. – URL: https://shron1.chtyvo.org.ua/Perekhodko_Nataliia/Okhorona_zdorovia_u_Volynskomu_voievodstvi_1921_1939_rr.pdf?PHPSESSID=5qjgp968r2h3jtu2v0co397ng1 (24.04.2025).
4. Прокопів В. Гроші Львова міжвоєнного періоду. – URL: https://prolviv.com/blog/2017/05/10/hroshi-lvova-mizhvoiennoho-periodu/?utm_source=chatgpt.com (24.04.2025).
5. Pierwszy Powszechny Spis Rzeczypospolitej z dnia 30 września

1921 року: mieszkania ludność, stosunki zawodowe: wojewódstwo Lwowskie. Warszawa, 1927. – URL: <https://pbc.biaman.pl/dlibra/doccontent?id=2280> (23.04.2025).

6. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej 1927 nr 106 poz. 911, ISAP. – URL: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19271060911> (24.04.2025).
7. Ustawa z dnia 21 lutego 1935 r. o pielęgniarstwie, art 4 – Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej 1935 nr 27 poz. 199, ISAP. – URL: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19350270199/O/D19350199.pdf> (26.04.2025).
8. *Шпиталь Народної Лічниці ім. Митрополита Шептицького*, (ред. Іван Кедрин), пропам'ятна книжка з нагоди відкриття, друкарня “Діло”, Львів, 1938.
9. *Неопубліковані джерела*: Лист Митрополита Андрея від 29.06.1928 року до Директора Згромадження сестер милосердя св.Вінкентія в Деньзе (Бельгія), Архів Згромадження сестер милосердя, м. Львів.

Додаток:

Текст договору від 1 квітня 1938 року
(текст згідно з автентичним документом з архіву)

ДОГОВІР

поміж Товариством Народна Лічниця у Львові й Монастирем СС Милосердя Св. Вінкентія обр.гр.кат. у Львові в предметі догляду хворих та господарських і адміністративних чинностей в Шпиталі ім. митрополита Андрея Шептицького у Львові.

I. Монастир СС. Милосердя св. Вінкентія обр.гр.кат. у Львові, званий в дальшій тягу сього договору коротко “Монастирем” приймає на себе обов’язок догляду хворих і виконання при допомозі нищої шпитальної служби лікарських заряджень дотично лікування всіх хорих прийнятих до Шпиталю ім. Митрополита Андрея Шептицького у Львові, що є власністю Товариства Народна Лічниця у Львові, а який в дальшій тягу сього договору означається коротко словом “Шпиталь”, як рівно ж обов’язок виконувати господарсько-адміністративні чинності в сім Шпиталі, поіменовані в уст. Х сього договору.

II. Ті всі обов’язки виконувати має Монастир своїми Сестрами на умовах означених в дальших уступах сього договору.

III. Доглядом хорих мають займатися лише ті Сестри, які можуть виказатися повними кваліфікаціями під тим оглядом, вимаганими законом з дня 21/2 1935 про догляд хорих /Д.З.П.р.ч.27поз.199/, Розпорядком Міністра Суспільної Опіки з 17/3 1936 в тій самій матерії /Д.З.П.р.ч.28поз.229/, Розпорядком того самого Міністра з 17/8 1937 про часове право виконання практики догляду хворих /Д.З.П.р.ч.63поз.491/ і евентуальними пізнішими законами, розпорядками й зарядженнями, що в тій матерії видадуть компетентні влади й органи.

IV. До обов’язків Сестер, прийнятих на шпитальний відділ для догляду хворих належить:

1/ Стале перебування на відділі в часі від 7 до 12 год. до полудня, та від 13 до 14, від 15 до 18 і від 18:30 до 19:30. На час перерви мусять сестри зарядити дижур так, щоби хворі ніколи не були без опіки. В разі потреби постійного догляду тяжко хворих / також у ночі/ повинні Сестри теж удержувати дижур без огляду на перерви, застережені в тім артикулі.

2/ Приявність у часі лікарських візит і стисле виконання уділених лікарем вказівок щодо способу лікування хворих та опіки над ними.

3/ Подавання чинної помочі на візвання лікаря при операціях, зміні перев'язок і т.д. а при положничих заходах тільки виїмково і в разі конечної потреби.

4/ Подавання хорим поживи і ліків у годинах назначених лікарем.

5/ Приряджування ліків і перев'язок, які можуть бути приготовані в шпиталі по вказівкам лікаря.

6/ Догляд над належним приготуванням по вказівкам лікаря купелів для хворих і стислим виконанням тих заряджень помічною службою.

7/ Догляд над цілістю інвентаря, рухомостей на відділі та удержування відділу в належному порядку, ладі і чистоті.

Контроля щодо того прислуговує кожного часу Директорові Шпиталю.

8/ Догляд над тим, щоби служба на відділах пильно виконувала свої обов'язки, аби заховувалася прилично та обходилася в хворими лагідно і ввічливо. Про всякі розлади у тому напрямі повинна сестра відділу повідомити негайно Директора Шпиталю.

V. В часі служби повинні сестри стисло примінюватися до санітарних заряджень видаваних лікарями Шпиталю, як ношення плащів, обезкажування рук і т.д.

VI. Сестри обов'язані утримувати в належному порядку, ладі і чистоті каплицю Шпиталю wraz з її інвентарем. Силування хворих в якийнебудь спосіб до релігійних практик сестрам не дозволено.

VII. Якщо Сестра, приділена на відділ або до іншої чинності в Шпиталі, окажется невідповідною, тоді на жадання Директора має бути усунена з відділу, згідно зі Шпиталю, і заступлена іншою.

VIII. На чолі всіх сестер, приділених до Шпиталю, стоїть одна сестра Настоятелька, яка побіч загального догляду над порядком заряджує у границях отсього договору та інструкції Ради Тов. Народна Лічниця і Дирекції Шпиталю господарством та апровізацією Шпиталю. Для тої цілі мають бути ведені магазинові книги віктуалів та опалу, книги інвентаря, книги домашнього господарства, книга контролі над пральнею, книга служби й загалом усі книги, що їх рішила вести управа Шпиталю.

IX. Помічну послугу приймає в межах бюджетових спроможностей Сестра Настоятелька в порозумінні з Директором Шпиталю. Право уділювати відпустки послугі прислугує Директорові Шпиталю. Виїмково може Сестра Настоятелька уділювати послугі кількогадинних відпусток. Право уділювати послугі догани й грошеві кари за її провини та видалювати її зі служби прислугує виключно Директорові Шпиталю.

X. Сестрам побіч догляду хворих повірюється також слідуючі обов'язки з обсягу адміністрації або господарства Шпиталю, а саме ведення

1/ канцелярії Шпиталю виконання в ній всяких рахункових чинностей, кореспонденції і маніпуляції, що є зв'язані з адміністрацією Шпиталю та стяганням

- коштів лікування,
2/ головних та підручних магазинів,
3/ кухні,
4/ пральні,
5/ швальні .

Для тих чинностей повинен Монастир визначити належно укваліфіковані Сестри. Товариство Народна Лічниця застерігає собі можливість вилучити деякі з тих чинностей з під заряду Сестер.

XI Господарсько-адміністративні чинності, названі в попередньому артикулі, повинні Сестри виконувати після заряджень Ради Товариства Народна Лічниця під наглядом Директора Шпиталю, котрому так, як і тій Раді, прислугує кожної хвили право контролі над магазиновими книгами, інвентарем і т.п. За всілякі страти й шкоди спричинені Шпиталеві в артикулах, матеріалах та інвентарі з вини Сестер, яким поручено господарсько-адміністративні чинності або з вини послуги, якій ті Сестри повірили такі чинності, відповідає Монастир цілим своїм майном. Про обов'язок і висоту відшкодування в данім випадковій рішає Рада Товариства Народна Лічниця.

Ключі від всіх магазинів мають оставити в руках Сестер, котрим поручено господарсько - адміністративні чинності.

XII. Рада Товариства Народна Лічниця і Дирекція Шпиталю мають обов'язок боронити поваги Сестер відносно послуги та хорих. Всякі непорозуміння поміж Дирекцією Шпиталю і Сестрою Настоятелькою на тлі виконання нею, або підвладними її Сестрами обов'язків унормованих отсим договором, вирішує Рада Товариства Народна Лічниця. До хвилі одержання відповідного рішення Ради, обов'язана Сестра Настоятелька примінитися до заряджень Директора Шпиталю.

XIII. Приблизна кількість Сестер у Шпиталі має бути така: 2 Сестри до амбулаторії, 3 Сестри для саль хорих, 2 Сестри для операційної салі, 1 для пральні й швальні, Сестра Настоятелька й 2 Сестри для канцелярійних чинностей, 1 Сестра для кухні. Дирекції Шпиталю прислугує в порозумінні з Ігуменатом Монастиря право зміни числа Сестер приділених до Шпиталю.

XIV. Цілий персонал занятий в Шпиталі Сестер одержує:

- 1/ Спільну спальню та їдальню побіч кухні,
- 2/ харч в натурі після обов'язуючого правила й окремо визначеної норми,
- 3/ прання, опал і світло в натурі,
- 4/ умеблювання їх мешкання згідно з приписами обов'язуючого правила
- 5/ білля і постіль після обов'язуючої норми

6/ крім сього кожна із Сестер зайнята в Шпиталі одержує місячно по зол.25 з каси Шпиталю і та сума буде виплачувана до рук Сестри Настоятельки за виказом платень.

XV. Кожній Сестрі прислугує право до двотижневої відпустки протягом року в порі для тої цілі з уваги на інтерес шпитальної служби найвідповідніший речинець початку відпусток означає Сестра Настоятелька й подає його до відомої Директорові Шпиталю, подаючи zarazом йому заступниць. Довшої відпустки уділяє Рада Товариства Народна Лічниця на предложення Дирекції Шпиталю.

XVI. На випадок хвороби будуть Сестри лікувані коштом Шпиталю.

Коли хвороба буде тривати довше, чим два тижні, обов'язаний Монастир на

домагання Директора визначити укваліфіковану заступницю хорої Сестри. Коли хвороба Сестри триватиме довше чим три місяці й коли Сестра після оречення Директора Шпиталю стала неспосібною до шпитальної служби, тоді Монастир обов'язаний відкликати таку Сестру без жадного правіжу до шпитального фонду, чи Товариства Народна Лічниця.

XVII. Якщо Сестра перебуде без перерви на праці в Шпиталі 20 літ і волід оречення Директора Шпиталю стане неспосібною до шпитальної служби, тоді Директор Шпиталю предкладає дотичне своє лікарське оречення Раді Товариства Народна Лічниця до вирішення. Коли та Рада вирішить, що дотичну Сестру можна перенести в стан спочинку, Монастир буде обов'язаний відкликахи її, а кошти удержання тоїж в сумі зол.300- річно, покриватиме каса Шпиталю.

XVIII. Похоронами помершої Сестри занятої в Шпиталі, займеться Монастир, а Шпитальна каса виплатить на кошти тих похоронів Монастиреві суму зол .75 -

XIX. Отсей договір заключають обі сторони на необмежений час від першого квітня 1938 р. почавши. Розв'язується він по упливі шести місяців від його виповідження Радою Товариства Народна Лічниця зглядно Ігуменатом Монастиря. Речинець виповідження має виносити цілі шість місяців календарських і мусить кінчитися завсідги послідного дня календарського місяця. Виповідження має наступити найпізніше в посліднім дні місяця календерського, що попереджує речинець виповідження.

XX. Письмо стверджує отсей договір є вільне від процентової стемплевої оплати по думці арт.16 закона про стемплеві оплати.

XXI. Договір сей описано й підписано в двох примірниках для переховання і користування обома сторонами.

У Львові, дня 1 квітня 1938 р.

За Товариство Народна Лічниця у Львові о. Юліан Дзерович, Заступник голови

Д-р Олександр Подолинський, Член Ради Т-ва

За Монастир СС Милосердя св. Вінкентія обр. гр. кат у Львові Аліція Поппе Настоятелька

2 печаті: Народна Лічниця у Львові і СС. Милосердя св. Вінкнетія гр. кат.обряду Львів.

Ступак Ф. Я.,

НМУ імені О. О. Богомольця

sblagodi@gmail.com

ЩОДО ПИТАННЯ ПРО ЛІКУВАННЯ У ПЕРВІСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

Питання про лікування у первісному суспільстві є складним і дискусійним, враховуючи хронологічну віддаленість періоду.

Відповідно до історичних етапів у розвитку первісного лікування умовно визначаються три періоди: 1-й – становлення первісного лікування (найтриваліший період), коли узагальнювалися емпіричні знання про методи лікування і природні лікувальні засоби (рослинного, тваринного й мінерального походження); 2-й – лікування в період розквіту первісного суспільства, коли в соціальній практиці розвивалося й утверджувалося цілеспрямоване

застосування емпіричного досвіду лікування; 3-й – лікування в період занепаду первісного суспільства, коли відбувалося становлення культової практики лікування, тривало нагромадження та узагальнення емпіричних знань щодо лікування як колективного досвіду громади й індивідуальної діяльності цілителів.

Питання про час виникнення медицини не можна вважати остаточно розв'язаним. Немає сумніву в тому, що первісна людина потребувала допомоги при хворобах і травмах, однак немає достатніх підстав вважати, що на початку існування первісних людей до задоволення цієї потреби підходили свідомо.

Початки народної медицини з'явилися у зв'язку з інстинктивними спробами самозбереження. Перша випадкова недуга повинна була спричинити в людей інстинкт самозбереження, спонукати її до пошуку засобів для відновлення порушеного організму. Виходячи із цього, можна стверджувати, що надання медичної допомоги (спочатку на рівні самодопомоги) – процес надзвичайно давній.

Спостереження за поведінкою диких і домашніх тварин свідчили, що представники тваринного світу вміють відшукувати в природі та використовувати корисні засоби при тих чи тих недугах, що в них існують певні інстинктивні прийоми самодопомоги, які передбачають здійснення цілеспрямованих дій (відшукування і використання лікарських рослин, збереження ушкоджених ділянок тіла, зализування ран, тамування болю тощо). Загальновідомо, що собаки, коти, інші тварини, щоб позбутися болю відшукують і поїдають відомі їм рослини. Трапляються випадки, коли бегемоти для полегшення страждань роблять собі кровопускання шляхом розтинання поверхні тіла шипами колючих кущів, а після цього спиняють кровотечу за допомогою мулу. Помічено використання тваринами грязьових і мінеральних джерел тощо. Отже, не має сумніву, що прагнення полегшити страждання – найелементарніші особливості живих істот.

У людей, безперечно, теж закладено подібні інстинкти. Однак стверджувати про медицину первісної людини не можна до того часу, доки в її основі лежать інстинктивні прагнення біологічного характеру. Зародження медицини можна віднести до того моменту, коли закладені в людині інстинкти до самозбереження і полегшення страждань входять у колективну свідомість людей. Первісна людина змушена була надавати собі допомогу при різних травмах і захворюваннях. І, цілком природно, що засоби для цього шукала в навколишньому середовищі і насамперед у рослинному світі, що відкривало можливості пізнавати властивості, дію рослин на організм людини. Споживаючи рослинну їжу, люди мали широкі можливості на власному досвіді вивчити властивості тих чи тих рослин, у тому числі розпізнати їхні поживні, отруйні і цілющі властивості. Розпочалося виокремлення цілющих рослин. Упевнившись, приміром, у болетамувальній, збуджувальній, снодійній, потогінній, блювальній, проносній та інших діях деяких рослин, що їх використовували для вгамування голоду, люди згодом за потреби почали застосовувати їх для полегшення того чи того страждання. Деякі рослини увійшли в арсенал лікарських на основі спостережень за тваринами, які в разі

нездужання споживали певний вид рослин. У зв'язку з добуванням необхідної для існування їжі були відкриті та увійшли до вжитку лікарські речовини рослинного походження. Отже, спочатку у формуванні медико-гігієнічної діяльності були ліки рослинного походження.

З розвитком виробничих сил людина перейшла до активного добування засобів до життя і насамперед до полювання. Відтепер арсенал харчових продуктів непомірно збагачується, а водночас поповнюється і арсенал лікарських засобів, у якому м'ясо, кістковий мозок, жовч, жир, кров, окремі органи тварин тощо займають усе помітніше місце. Догляд за тваринами, допомога їм при травмах, пораненнях, пологах, розладах травлення, ураженнях шкіри, спостереження пастухів за дією різних рослин на тварин збагачували відомості щодо медичної допомоги. З'являлися нові надбання, пов'язані з використанням знарядь праці, наприклад, застосування прив'язаної палиці для фіксації кінцівки при переломі.

Згодом поряд із засобами рослинного і тваринного походження для лікування почали застосовувати мінеральні речовини.

З розвитком виробничої діяльності, здатності до сприйняття та передавання досвіду, моральних норм відбувалася трансформація інстинктивних дій із самопомоги в людську медико-гігієнічну діяльність. Очевидно, що межею, що відділяє інстинктивну самопомогу від початкових форм медико-гігієнічної діяльності, була свідомо взаємодопомога. Відтоді, коли об'єктом допомоги стала інша людина, коли допомога при хворобах і травмах перетворюється на засіб збереження життя, здоров'я і працездатності інших членів колективу, мабуть, і виникає первісна медицина (медицина, що формується), зароджується медико-гігієнічна діяльність. Дії з надання допомоги при хворобах і травмах мали визначальне (після добування їжі) значення для самого існування первісних колективів.

Отже, ідея допомоги хворому виникла з основного біологічного закону – закону боротьби за існування, боротьби за продовження роду.

Зародження медико-гігієнічної діяльності, що передбачало перетворення взаємодопомоги при хворобах і травмах на засіб збереження життя, здоров'я та працездатності колективу, відбулося ймовірно наприкінці давньокам'яного віку – 40 тис. років тому – на відносно високому ступені розвитку первісного суспільства. Накопичення медико-гігієнічних знань та індивідуального досвіду перетворилося на колективний досвід, що заклав основи народної (емпіричної) медицини (раціональної, традиційної). Вона мала подвійний характер: емпіричний досвід і вироблені з його допомогою раціональні способи лікування, з одного боку, і магічні дії, замовляння тощо – з іншого.

Є ще одна важлива обставина. На відміну від інших форм суспільної практики до числа основних умов виникнення й розвитку медико-гігієнічної діяльності належить і наявність відносно розвиненої системи моральних норм. Причому ця умова відіграє визначальну роль: історично періоди кризових ситуацій у медицині збігаються з періодами падіння суспільної моралі, зниженням морального рівня суспільства. Вимоги суспільства до осіб медичної професії з дотримання певних моральних норм є не тільки віддзеркаленням природної потреби хворої людини у співчутті. Поза моральністю, поза

милосердя медична діяльність втрачає сенс, стає неефективною.

У період розпаду первісного суспільства у різних регіонах світу виразно виявилися відмінності в темпах історичного прогресу людства. У найбільш сприятливих економічних зонах (родючі алювіальні долини найбільших річок) процес розпаду первісного суспільства завершився в IV тисячолітті до н. е. (Месопотамія та Єгипет). У найменш сприятливих для землеробства районах Океанії, Австралії, Африки він тривав і надалі.

Отже, наступний період в історії людства настав з появою перших цивілізацій Стародавнього світу [Докладніше див: 1].

Література:

1. Ступак Ф. Я. Історія медицини: підручник / Вид. 4-е, випр. і доп. – К.: Книга-плюс, 2020. – 176 с.

Секція III.
ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ В КОНТЕКСТІ ПІДХОДІВ
ФІЛОСОФІЇ, РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ

Tetiana Danylova,

Institute for Social and Political Psychology,
National Academy of Educational Sciences of Ukraine,
dtv280365@gmail.com

**THE REUNIFICATION OF ANCIENT PHILOSOPHY AND CONTEMPORARY
MEDICINE: IN SEARCH FOR ANTIMALARIAL DRUGS**

One of the striking instances of the “union” of medicine and philosophical thought is the discovery of antimalarial properties of artemisinin by a Chinese medical scientist, pharmaceutical chemist, and educator Tu Youyou who won the Nobel Prize in Physiology or Medicine in 2015 [2] “for her discoveries concerning a novel therapy against Malaria” [10]. In 1969, Tu Youyou was appointed head of the Project 523 – a secret military project of the PRC to find antimalarial medications. It was set up by Chairman Mao Zedong in order to help Communist troops fighting in the jungles of Vietnam, where they were losing more soldiers to malaria than bullets [4]. The increasing number of chloroquine-resistant malaria cases in the civilian population further heightened North Vietnamese concern. Initially the project was directed by the Chinese military medical research authorities, however it became so extensive that civilian scientists were involved (over 60 institutions and more than 500 scientists and other personnel). The plan aims at integrating Chinese and Western medicines, taking Chinese drugs as its priority, emphasizing innovation, unifying plans, dividing labor to work together [12].

Tu Youyou began researching the effects of malaria *in situ* by traveling to Hainan Island in Southern China, which was currently experiencing its own malaria outbreak. Her search for antimalarial drugs began with collection of relevant information and recipes from traditional Chinese medicine, and within three months after the start of the project, Tu Youyou and her team screened over 2 000 herbal, animal and mineral prescriptions and made 380 herbal extracts, which were tested on mice [8]. Summarizing 640 prescriptions, she and her team found that *Artemisia annua* (qinghao) was one of the most frequently repeated plants. An extract from *Artemisia annua* “had ~68% inhibition rate initially, but the activity was not stable, varying from 12–40% inhibition in subsequent repeats. The variation in antimalarial activity could be due to many factors, including... geographic origins of the plant, seasonal variation, different parts of the plant (leaves or stem) and the methods used in extraction” [9]. It needed to be improved, and Tu Youyou as a true researcher was constantly looking for an answer in ancient texts, in which the use of qinghao was recorded as relieving malaria symptoms.

A key insight into an antimalarial was provided by **Ge Hong** (III – IV century AD) – a philosopher, alchemist, Taoist practitioner, physician of the Eastern Jin Dynasty, and the author of the treatise “Zhou Hou Jiu Zu Fang” (A Handbook of

Prescriptions for Emergencies) [5]. Like many Taoist masters, Ge Hong pursued the idea of creating a medicine that would turn people immortal. For Taoists life is the highest value. According to some researchers [6; 7], Taoism has contributed to the development of science and medicine in China. Taiwanese say: "Confucianism is a food store, Buddhism is a department store, and Taoism is a drug store" [1]. Ge Hong discovered numerous herbal remedies to treat diseases. Reading his treatise, Tu Youyou found an answer to her question and on October 4, 1971, her team observed that sample number 191 of *Artemisia annua* ethyl ether extract showed 100% effectiveness in inhibiting malaria parasites in rodent malaria [11; 13].

In 1972, after successful tests, the exciting results from the first clinical trial in Hainan and Beijing were reported in the National Project 523 meeting that led to a large-scale effort to extract large quantities of the pure ingredient – artemisinin crystal (Qinghaosu in Chinese). Since Artemisinin is poorly soluble in water and decomposes in other protic solvents [3], in 1973 Tu Youyou synthesized dihydroartemisinin which, unlike artemisinin, is water soluble. Artemisinin and dihydroartemisinin have proven to be highly effective in antimalarial preparations and have become part of the standard treatment for malaria. Nowadays, artemisinin compounds are the backbone of malaria treatment and are used in combination therapy to reduce the risk of the development of resistance (though there is always a risk of resistance problems) [4].

Tu Youyou and her team's discovery gradually brought the world's attention to traditional Chinese medicine, and more broadly, to traditional Chinese culture, in which philosophy occupies a special place. Thus, ancient Chinese philosophy became the key to unraveling the mystery and the means of improving human life in the modern world. It turns out that philosophy and science are not mutually exclusive but are parts of one and the same puzzle that humanity has yet to assemble.

References:

1. Danylova T. Born out of Nothingness: a Few Words on Taoism. Research Revolution. International Journal of Social Science & Management. 2014. Vol. III. Is. 1. P. 1-6.
2. Danylova T.V., Komisarenko S.V. It Is Time to Pay Tribute to Women in Science: The Women Who Won the Nobel Prizes in Chemistry and Physiology or Medicine. Ukrainian Biochemical Journal. 2024. Vol. 96. Is. 3. P. 122-142. – URL: <https://doi.org/https://doi.org/10.15407/ubj96.03.122>.
3. Hien T.T., White N.J. Qinghaosu. Lancet. 1993. Vol. 341. Is. 8845. P. 603-608. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)90362-k](https://doi.org/10.1016/0140-6736(93)90362-k).
4. Hunt K., Lu S. Nobel Prize winner Tu Youyou combed ancient Chinese texts for malaria cure. Vital Signs with Dr. Sanjay Gupta. CNN. October 6, 2015. – URL: <https://edition.cnn.com/2015/10/06/asia/china-malaria-nobel-prize-tu-youyou/index.html>.
5. Li M., Liang Y. Ge Hong and Zhou Hou Jiu Zu Fang (A Handbook of Formulas for Emergencies). Journal of Traditional Chinese Medical Sciences. 2016. Vol. 3. P. 1-2.

6. Li Y. S. A New Interpretation of Chinese Taoist Philosophy. Ontario, Canada, 2005. 244 p.
7. Needham J. Science and Civilization in China. Vol. 3: Mathematics and the Sciences of the Heavens and the Earth. Cambridge University Press, 1959. 877 p.
8. Rogers K. Tu Youyou. Chinese scientist and phytochemist. Britannica. December 26, 2024. – URL: <https://www.britannica.com/biography/Tu-Youyou>.
9. Su X-Z., Miller L.H. The discovery of artemisinin and Nobel Prize in Physiology or Medicine. Science China Life Sciences. 2015. Vol. 58. Is. 11. P. 1175-1179. – URL: <https://doi.org/10.1007/s11427-015-4948-7>.
10. The Nobel Prize in Physiology or Medicine 2015. The Nobel Prize. 2015. – URL: <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/2015/summary/>.
11. Tu Youyou. Biographical. The Nobel Prize. 2015. – URL: <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/2015/tu/biographical/>.
12. Zhang J. A Detailed Chronological Record of Project 523 and the Discovery and Development of Qinghaosu (Artemisinin). K. Arnold & M. Arnold (Trans.). Strategic Book Publishing, 2013. 206 p.
13. Zheng W-R., Li E-C., Peng S., Wang X-S. Tu Youyou winning the Nobel Prize: Ethical research on the value and safety of traditional Chinese medicine. Bioethics. 2018. Vol. 34. Is. 2. P. 166-171. – URL: <https://doi.org/10.1111/bioe.12456>.

Ішук Н. В.,

НМУ імені О. О. Богомольця,
lshchuknb@gmail.com

СМІХ ЯК МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ПРОБЛЕМА

Сміх – складний феномен, системне наукове чи філософське прояснення якого наразі відсутнє. Як правило, сміх не є предметом самостійних розвідок, а досліджується в річищі широкого кола психофізичних і культурних явищ. Це й не дивно, оскільки окрім загальноприйнятого розуміння сміху як вияву афекту радості й задоволення, людина може сміятися до сліз, луснути від сміху, посміятися заради сміху. Сміх має імпульсивний, конвульсивний характер, що відсилає нас до автоматизму, рефлексу й водночас може бути інтелектуальним (сарказм, іронія). Сміх є технікою тіла та водночас засобом комунікації й діалогу людини з собою; семіотичною системою і явищем належним чи неналежним до комічного; соціально обумовленою практикою й елементом ритуалів тощо. Різні дискурси дослідження сміху демонструє, з одного боку, філософія, а з другого боку, антропологія, біологія, психофізіологія, семіологія. Ці галузі знання вдало аналізують певні сторони цього явища. Проте повнота його розуміння не властива жодній з них. В цьому ключі неправим був Аристотель, який вважав, що з усіх тварин лише людині властиво сміятися¹. Проте не правим був й Чарльз Дарвін, який редукував сміх лише до первісного вираження радісних емоцій.

¹ Сучасною наукою доведено, що сміх є і у приматів. Йдеться про соціальну гру приматів провідну роль в якій відіграє сміхова міміка.

Перші значні інтелектуальні прозріння щодо атрибутів сміху і смішного властиві філософії. В античній філософії було прийнято засуджувати сильний сміх, який вважався руйнівним і небезпечним. Платон в своєму діалозі “Філеб” класифікував його як змішані задоволення, наявні як в радості, так і стражданнях душі, коли заздрісник радіє нещастям ближнього. Аристотель у “Поетиці” розмірковував про смішне і комічне в негативних вимірах зниження і знецінення, вважаючи комічне частиною потворного. Він вважав, що краса доброчесності охоплює гармонію тілесних форм, натомість сильний сміх є ознакою надміру і безладдя. Аналогічні міркування спостерігаються у Цицерона і Квінтіліана, які пов’язували сміх як з радістю, так і з агресією, відчуттям триумфу над суперником. Ймовірно саме інтелектуальна думка доби Античності сепарувала некомичне смішне від комічного смішного. Друге окрім позитивного психічного збудження містить домішок агресії по відношенню до Іншого. Упослідження сміху тривало й у добу Середньовіччя. Недосяжним ідеалом людської особистості в ті часи вважався Ісус Христос. Проте, як зауважував Жак Ле Гофф, Євангеліє ніколи не зображувало Ісуса, який сміється [4]. Суспільні норми тієї доби всіляко регламентували сміх, вбачали у ньому неприпустимі надлишки вітальності. Епоха Відродження пом’якшила цей тиск, започаткувавши реабілітацію сміху як позитивної життєвої цінності. Філософія Нового часу цілком очікувано раціоналізувала цю проблематику. Зокрема, Рене Декарт у працях “Пристрасті душі” і “Про насмішку” запропонував пояснення фізіологічних основ сміху. Водночас він вбачав у ньому інтелектуальне і емоційне явище, описуючи такі дві здатності сміху: викликати радість тоді, коли він помірний й поєднується з подивом та транслювати радість, змішану з ненавистю у випадку осміювання іншої людини.

У XIX-XX століттях відбулося зближення філософського і наукового дискурсів сміхової проблематики. Зігмунд Фройд в праці “Дотепність і її зв’язок із несвідомим” прояснив закономірності одноименної кореляції. А у статті “Гумор” обґрунтував роль гумору як захисного механізму психіки, що сприяє подоланню страждань. Правдивість цих тверджень доводять психотерапевтичні клінічні кейси й експерименти. Зокрема, відомий експеримент Стенлі Мілгрема, проведений у 1963 році. Під час означеного експерименту одних людей змушували завдавати страждань іншим. Виконуючи цей наказ, дехто із “катів” істерично сміявся, що й виявляло у них внутрішній конфлікт. Такий ефект спостерігається й на рівні суспільної психології, коли “поза межами болю” тривалий час перебувають певні соціальні групи. Наприклад, народи, що звикають жити у стані тотальної бідності, перманентної війни і інших негативних соціальних трансформацій. У таких народів формується специфічне почуття гумору, коли предметом глузування стають серйозні теми: голод, страждання, природні слабкості дітей і людей похилого віку, “неприйнятні” для цих спільнот чесноти (доброта, щедрість) тощо [5, с.111]. Ймовірно у цьому випадку йдеться про ситуації, коли внутрішній конфлікт не розв’язується, спричиняючи трагічні наслідки для моралі, психічної стійкості й майбуття страждених народів.

Анрі Бергсон досліджував сміх як вияв символічно-соціальної санкції,

задіяної у системі контролю над індивідом. Як відомо він був прибічником відкритого суспільства, заснованого на свободі і творчості. Життєвий порив, покладений в основі співжиття людей у відкритому суспільстві виключав усілякі прояви механічності і закостеніння, надаючи перевагу спонтанності. Смішними з позицій такого суспільства є будь-які продемонстровані індивідом автоматизми чи неадаптивності [1]. Ці реактивні стани, не загрожуючи життю людини, загрожують її суспільній реалізації, що за Бергсоном, й становило підґрунтя комічної ситуації. Відтак сміх є символічним впливом соціуму на дидактичну людину.

Іншу важливу для сучасної науки грань сміху дослідив філософ, автор чільної психофізичної теорії сміху Герберт Спенсер. Його здобутком став аналіз зв'язків між афектом задоволення і раптовим сприйняттям неадаптивностей, що супроводжується неочікуваним переходом від одного інтенсивного психічного стану до іншого, менш інтенсивного. Цитуючи Спенсера: "Сміх природно виникає тоді, коли свідомість несподівано звертається від великого до дрібного, що виявляється виплеском психічного збудження" [6]. Важливою заслугою Спенсера, а згодом і Пола Екмана є доведення подвійного, біологічного і культурного походження сміху. Зокрема, Екман систематизував мімічні прояви базових емоцій (страх, гнів, здивування, смуток, щастя, відраза), наполягаючи на тому, що спонтанна комунікація є генетичним кодом, а символічна комунікація – набутим кодом, сформованим під впливом соціальної системи. Генетичне успадкування було доведено Екманом через низку експериментів, де він показував фотографії з виразами обличчя різних людей мешканцям Аргентини, Бразилії, Чилі, Сполучених Штатів Америки, Японії та інших країн (всього 21 країна) з проханням розпізнати емоцію, яку переживають люди на фотографії. В результаті незалежно від цивілізаційної приналежності високий рівень цієї здатності було виявлено фактично у всіх "судей". Його висновки в цілому збіглися із позицією щодо цього питання Дарвіна, який вважав, що один і той самий психологічний стан відтворюється на обличчях різних людей із дивовижною однаковістю. Універсальність мімічних патернів підтвердили й експерименти в яких немовлята спонтанно й симетрично відтворювали емоції, що з'являлись на обличчях дорослих. Ще більш вражаючим було те, що сліпі від народження немовлята мають цілий спектр спонтанних виразів обличчя, майже ідентичний із виразами зрячих дітей [3, с. 151]. Всі ці розвідки створили надійний фундамент для наукового доведення генетичної вкоріненості базових емоційних моделей міміки.

Імовірно, що означені рецепції Дарвіна, Спенсера і Екмана щодо специфіки лицево-вокального вираження сміху набули подальшого розвитку у сучасній семіотичі (семіології) і філософії комунікації. Йдеться про так звані емодзі (і їхню більш ранню варіацію – смайли), як стару-нову писемну мову. Стару, оскільки схожа форма подачі інформації була властива піктографічній писемності. Нову оскільки перша пропозиція використовувати смайли з комунікативною метою була оприлюднена у 1982 році Скоттом Фалманом, який й запропонував два базових смайли: ☺ для позначення жартів і ☹ для позначення серйозних повідомлень. Ця комунікативна інновація започаткувала низку наукових розвідок з цієї проблематики, включаючи

припущення, висловлене Річардом Ферт-Годбіхером щодо того, що їхнє використання у цифровому суспільстві сприятиме гомогенізації емоцій [7, с. 274], що засвідчує оновлення способів ритуалізації сміхової комунікації.

Як психофізичний феномен сміхова активність людини можлива лише за умов мозкового, сенсорного та нервово-м'язового дозрівання людського організму. Нейрофізіологічно – через задіяння принаймні восьми ділянок мозку і прокладання відповідних нейронних мереж. Нейросенсорно – через функціонування зору, слуху, дотику; а також за допомогою інтероцепцій і пропріоцепцій, внутрішніх і зовнішніх відчуттях, які виникають у нашому тілі, коли ми сміємося. Звідси наші сприйняття сміху як чогось імпульсивного, конвульсивного, вибухового. Феноменологічно – через активізацію трьох тілесних параметрів: міміки обличчя, вокалізації, пози тіла. Щодо міміки обличчя, то досі чинний опис цієї міміки, запропонований Дарвіном, який спостерігав її на приматах. Стисло, ця міміка демонструє комунікативний патерн “розслаблене обличчя – розтулений рот”, який сигналізує про відсутність агресії і готовність до гри. Вокалізаційно сміх здійснюється під час видиху з використанням різних голосних, які до того ж можуть виражати певний психоемоційний досвід суб'єкта.

Складним психофізичним, а також емоційним досвідом є гіркий сміх. Йдеться про парадоксальний сміх, коли людина щоб не плакати, – сміється, сміх як шокова реакція на раптове горе. Окремий випадок – хворобливий сміх. Хворобливий сміх є порушенням міри щодо інтенсивності, тривалості, пропорційності вираження емоцій. Серед інших його ознак такі: невідповідність між подразником і реакцією на нього, неконтрольованість, невагомність, недоречність, немотивованість (відсутність зв'язку із стимулами), відсутність емоційного тону (неефективність сміху), коли він обмежується лише самою мімікою [5, с. 66]. Різновиди хворобливого сміху: неврологічний, психіатричний, наркотичний. Розмаїття неврологічного сміху (лобовий, епілептичний, геміплегічний, скроневий, гіпоталамічний, псевдобулбарний) доводить провідну роль мозку у цьому тілесному явищі. Психіатричний сміх – сміх шизофреніка, маніакальний-гіпоманіакальний сміх, істеричний сміх пов'язаний не стільки з органічними ураженнями, скільки з нейрохімічними процесами у мозку. Наркотичний сміх – симптом тимчасового божевілля, викликаного впливом на мозок людини психоактивних речовин.

Перший досвід сміху властивий дитині від двох до чотирьох місяців – як реакція на зорові, слухові і тактильні подразники. Найчастіше це ігри батьків з дитиною, наприклад, “дотик-лоскіт”, “лізе рак неборака” тощо, які пов'язані не лише з веселощами, але й з тривогою. У всіх цих випадках порушуються особисті кордони маленької людини, виникають ситуації раптовості. Як наслідок на тлі позитивного емоційного фону формується перший досвід здивування, невизначеності й агресії. З часом це призводить до закріплення певних патернів сміху, а починаючи з другого року життя – до здатності активно створювати стимулюючі ситуації для активізації сміхових автоматизмів. Як у першому, так і другому випадку сміхову комунікацію супроводжує низка різноманітних емоційних зв'язків, таких як сміх-гра, сміх-гумор, сміх-невідповідність, сміх-страх, сміх-безпека, сміх-задоволення. В

контексті персоніфікаційних розвідок наявними є дослідження статевих, вікових, професійних тощо особливостей гумору. Важливими є дослідження кореляцій рис характеру та почуття гумору, зокрема ті, що здійснив Авнер Зів, який прослідкував зв'язок між почуттям гумору та креативністю й дивергентним стилем мислення.

Сміх є предметом і філософської теорії комунікації. Комунікація – це не лише обмін інформацією. Цим терміном позначаються такі явища: курсування ресурсів усередині підсистем суспільства (Т. Парсонс); економічні обміни (Ж. Бодрійяр); трансляція міфів (К. Леві-Стросс, Р. Барт); обмін поглядами у вуличній сцені (Е. Гідденс); діалог між двома (М. Бубер); пам'ятники й тексти культури (Ю. Лотман). Отже, словом “комунікація” позначаються процеси людської взаємодії, складність і багатогранність яких не дозволяє чітко окреслити межі його застосування [2, с. 98]. З цих позицій сміх є невербальним сигналом, що передає емоції й соціальні наміри людини. Він належить до паралінгвістичного спілкування, що відбувається поза словами – через інтонацію, міміку, жести, звуки. Проте існують вербальні, невербальні та змішані провідники сміхових повідомлень. Вербальні провідники¹ (словесна комічність) можуть бути візуальними чи акустичними (усними) [5, с. 66]. Серед невербальних провідників сміхової комунікації такі: візуальні², акустичні³ й тактильно-рухові⁴. Також сміх характеризують як двоканальну комунікацію: візуальну, – за допомогою особливої міміки обличчя сигнали афективного порядку (радість, задоволення, маску агресивності) та звукову – за допомогою вокалізації. Прийнятними щодо дослідження феномену сміху є й інші підходи, напрацьовані сучасною комунікативною філософією. А саме, рецепція сміху з позицій моделей комунікації, семіотики комунікації, комунікативної прагматики, часових і просторових параметрів комунікації. За ступенем локалізації і адресатом такий підхід дозволяє осмислити роль сміху в соціальній, міжособистісній та аутокомунікації (діалогу людини з собою). Підсумовуючи, сучасна комунікативна філософія апелює до безмежності комунікативного поля, що й робить дослідження сміху в цьому річизі найбільш релевантним і перспективним.

Література:

1. Bergson, H., 2003. *Laughter: An Essay on the Meaning of the Comic*. [online] Project Gutenberg. Available at: <https://www.gutenberg.org/ebooks/4352> [Accessed 22 May 2025].
2. Ішук, Н., Ішук, С., 2017. Поняття комунікації: множинність конотацій. *Схід. Філософські науки*, (1(147)), с. 97–101.
3. Млодінов, Л., 2025. *Підсвідомість. Як інтуїтивний розум людини керує її поведінкою*. Київ: КМ-БУКС.

¹ До вербальних провідників належать каламбури, анаграми, шаради, паліндроми, контр-петрі, дотепи.

² Візуальні включають пантоміму, пантоміму за допомогою міможестуляції, карикатуру, гумористичний малюнок, скульптуру тощо.

³ Акустичні дозволяють створити музичні жарти.

⁴ Тактильно-рухові: лоскотання, ігри з доторками і жвакими рухами.

4. Le Goff, J., 1989. Rire au Moyen Âge. Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques, [online] (3). Available at: <https://journals.openedition.org/ccrh/2918> [Accessed 22 May 2025].
5. Смаджа, Е., 2017. *Сміх. Біологія. Психіка. Культура*. Київ: Ніка-Центр; Львів: Видавництво Анетти Антоненко.
6. Spencer, H., 1999. *The Physiology of Laughter*. [online] Project Gutenberg. Available at: <https://www.gutenberg.org/ebooks/17327> [Accessed 22 May 2025].
7. Ферт-Годбіхер, Р., 2023. *Історія емоцій. Походження людини (розумної) емоційної*. Київ: Лабораторія.

Павлов Ю. В., Турчин М. Я.,

КНУ імені Тараса Шевченка,

Київський національний університет будівництва і архітектури,

yuripavlov@knu.ua, turchyn.my@knuba.edu.ua

ПСИХОЛОГІЧНА СТІЙКІСТЬ СТУДЕНТІВ ЯК НЕОБХІДНА СКЛАДОВА ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Повномасштабна війна в Україні стала сильним стресовим фактором практично для усіх громадян країни. Неминуче вона торкнулася і закладів вищої освіти, де незважаючи на військові дії, навчання продовжується згідно з освітніми програмами підготовки. Більшість з них у перші місяці війни перейшли на дистанційну форму навчання, проте згодом, у тих закладах, де це було можливо, відновився очний або змішаний навчальний формат. Разом з тим, аналіз діяльності ЗВО в сучасних умовах дії воєнного стану виявив комплекс негативних факторів, що супроводжують здійснення освітнього процесу, як зовнішніх, формально-організаційних, так і внутрішніх, що мають, передусім, морально-психологічний характер.

Одним з принципово важливих і актуальних нині залишається питання морально-психологічного стану студентів в умовах війни. Більшість здобувачів освіти, особливо тих, які змушені були переселитися з територій, де вони проживали через військові дії, мають психоемоційні деформації, складнощі в адаптації, порушення міжособистісної взаємодії тощо. Фактично у них спостерігається деструкція їх звичного життєвого світу, що водночас провокує негативні соціальні та психологічні реакції і веде до порушень цілісності особистості та кризи внутрішньої самоідентичності. Традиційні засоби і методи подолання цих станів, які розроблені і адаптовані до умов мирного часу, малоефективні в нинішній ситуації. Більшість дослідників зазначають, що спроби мирними засобами вирішити конфлікти, пом'якшити ситуацію кризи ідентичності для окремої людини, соціальної групи чи суспільства в цілому не є дієвими, особливо в період радикальної трансформації в умовах війни.

Очевидно, що студенти нині постійно перебувають у стресовому стані, що знижує їх мобілізаційні ресурси, зменшує перспективи навчальної успішності, веде до втрати морально-психологічної стійкості та мобільності.

Дослідження показують, що в сьогоденних воєнних умовах здобувачі освіти мають переважно знижену психологічну стійкість, оскільки намагаються поєднувати особисте життя, навчання та роботу в час нестабільності суспільства та постійних тривог. Високий рівень стресу під час війни так чи інакше призводить до негативного впливу на результати навчання. Результати психологічних тестів свідчать, що студенти, які мають низьку психологічну стійкість, відзначаються зниженням інтересу до навчання, погіршенням когнітивних функцій, відсутністю ініціативи та мотивації тощо.

В умовах продовження війни та воєнного стану в Україні існує підвищений ризик подальшого зниження психологічної стійкості студентів як учасників навчального процесу ЗВО. Перехід на дистанційний або змішаний формат освіти висуває більш критичні вимоги до набуття результатів навчальної діяльності здобувачів освіти та робить більший акцент на самостійну роботу у підготовці до занять. Водночас це провокує більше психічне навантаження та знижує психологічну стійкість студентів. З одного боку, ця проблема є особистісною на рівні студентів, а з іншого – соціальною, на рівні системи вищої освіти взагалі. Відтак важливо, щоб у учасників освітнього процесу була сформована психологічна стійкість як здатність опиратися стресовим і травматичним ситуаціям, уміння лабільно коригувати варіанти поведінки, долати наслідки стресових впливів. Це доводить, що сформована психологічна стійкість студентів може забезпечити їм як особистісну ресурсну стабільність, так і покращити навчальну успішність загалом. Зрозуміло, що психологічна стійкість у сучасних умовах виступає принципово важливим аспектом успішності студентів.

Стійкість є багатофункціональною властивістю, яка впливає майже на усі сфери життєдіяльності людини. Аналізуючи феномен психологічної стійкості у сучасного студентства як рушійної сили змін у суспільстві, варто відзначити, що в сучасній літературі виділяється такий термін як "академічна стійкість", який визначає психологічну стійкість у навчанні, здатність проявляти пізнавальну активність, зменшувати негативний вплив середовища, мобілізувати свої ресурси попри складні умови навчання. Академічна стійкість вказує на те, що здобувачі освіти досягають високих академічних результатів, навіть якщо стикаються із труднощами. Це стосується академічних досягнень, незважаючи на складні обставини в освітньому процесі. Тобто, феномен стійкості в академічному контексті визначається як здатність студента успішно справлятися з перешкодами, тиском і проблемами в освітньому середовищі. Крім того, академічну психологічну стійкість можна визначити як підвищену ймовірність вийти переможцем у різних життєвих починаннях, в тому числі й за наявності деструктивних обставин, які викликані негативним досвідом і несприятливими умовами навколишнього середовища. Такі студенти демонструють кращу успішність навіть після зіткнення зі стресовими факторами, а також подіями, що знижують успішність.

На нашу думку, в умовах воєнного стану важливу роль відіграє розробка дієвих засобів боротьби зі стресом та формування адекватної психологічної реакції на нього. Освітня політика ЗВО має бути орієнтована на створення максимально комфортного навчального середовища задля підвищення

психологічної стійкості здобувачів освіти, мінімізації наслідків дії стресу, покращення їх морально-емоційного стану. Тому організація просвітницьких зустрічей, навчальних тренінгів, майстер класів, волонтерських коворкінгів та воркшопів, спрямованих на розвиток мотивації до навчання та напрацювання нових навичок має стати своєрідною терапією для нормалізації морально-психологічного стану студентів та пріоритетним завданням ЗВО. Що власне й спостерігаємо нині, зокрема чимало ЗВО, окрім вище переліченого, також здійснюють реновації застарілого аудиторного фонду, осучаснюють бібліотечні простори, оновлюють зони відпочинку тощо. Позитивним є той факт, що сьогодні, незважаючи на складний період у сучасному освітньому процесі та дію воєнного стану, більшість ЗВО намагаються мінімізувати негативний вплив таких зовнішніх умов й впроваджують інноваційні методи зниження стресу студентів та підвищення їх морально-психологічної стійкості [Докладніше див: 1; 2].

Література:

1. Павлов, Ю. (2024). Гуманістична складова освітніх компетенцій в умовах воєнного стану. Просторовий розвиток, (9), 436-450. – URL: <https://doi.org/10.32347/2786-7269.2024.9.436-450>
2. Турчин М. Я., Павлов Ю. В. Філософське розуміння самореалізації особистості як умови її ментального здоров'я // Філософія релігії та медицини в постсекулярну добу: матеріали VI Міжнар. наук.-практ. конф., присвяченої пам'яті свт. Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького). – К.: НМУ ім. О. О. Богомольця, ПП “Видавництво “Фенікс””, 2024. – С. 102-104.

Ставроян С. С.,

Київський національний університет будівництва і архітектури,
stavrojani@gmail.com

ДИХАЛЬНІ ПРАКТИКИ В КОНТЕКСТІ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ: РЕЛІГІЙНИЙ ТА МЕДИЧНИЙ АСПЕКТИ

Кожна людина прагне бути здоровою, це є одним з головних пріоритетів як конкретного індивіда, так і держави. Згідно офіційного визначення, здоров'я – це стан повноцінного фізичного, психічного та соціального добробуту, а не лише відсутність хвороб чи фізичних вад. Питання, пов'язані зі здоров'ям, розглядаються науковцями, державними посадовцями, ЗМІ тощо. Для захисту здоров'я громадян створені міністерства, університети та комісії, міжнародні організації, проводяться численні наукові медичні конференції та симпозіуми. Видатний перський вчений-енциклопедист Авіценна в трактаті “Канон лікарської науки” давав таке визначення медицини: “наука, яка пізнає стан тіла людини, оскільки воно здорове або втрачає здоров'я, щоб зберегти здоров'я і повернути його, якщо воно втрачено”.

Дихання – вкрай важливий процес, який забезпечує надходження до організму людини кисню, використання його в окислювальних процесах і видалення з організму вуглекислого газу. Як йдеться у відомій загадці, людина може прожити доволі довго без їжі та навіть води, а без дихання – буквально пару хвилин. Дихання виконує важливі функції – газообміну, терморегуляції, виділення; дихання допомагає забезпеченні функції нюху, також без дихання неможливо спілкуватися, правильне дихання є запорукою чіткого мовлення. Порушення органів, що забезпечують процеси дихання, можуть призвести до тяжких хвороб людини.

В багатьох релігійних системах дихальним практикам відводиться важлива роль. Так, в системі йоги виділяється напрям хатха-йоги, яку можна охарактеризувати як набір психофізичних технік підготовки людини до вищих практик раджа-йогу, а за іншими трактовками – навіть є самостійним шляхом до досягнення самадхі (вища ступінь медитативного стану). За однією з класичних традицій, у Йога-Сутрах Патанджалі, пранаяма є четвертою сходинкою на шляху, після ям та нійам (морально-етичних приписів) та асан (фізичних вправ). Пранаями – дихальні практики, які спрямовані на управління життєвою енергією, праною, яка дуже тісно пов'язана з диханням. В різноманітних йогівських школах і традиціях існує багато пранаям, які умовно можна класифікувати наступним чином:

- накопичення прани (енергії): капалабхаті, бхастрика та інші. З наукової точки зору можна зазначити, що вони передбачають, що людина робить довші вдихи, ніж видихи, і це призводить до активізації фізичного стану, активізує, бадьорить людину. Їх зазвичай роблять зранку, або перед початком практик;
- охолоджуючі: сіталі (шіталі) та інші. Спеціальна техніка дихання дозволяє створювати ефект охолодження, що особливо актуально в спекотні часи.
- очищувальні: наді-шодхана, анулома-вілома тощо. Ці практики передбачають чергування дихання лівою та правою ніздрями. Вважається, що це призводить до очищення енергетичних каналів людини, збалансування фізичного стану.
- заспокійливі: уджайя, мурчха, брамарі, самвриті тощо. В більшості цих практик ефект досягається більшою довжиною видиху, ніж вдиху, що призводить до заспокоєння людини, зменшення кров'яного тиску, розслаблення. Ці пранаями рекомендується робити в кінці робочого дня або практики, також перед сном.

Однією з найвищих технік є використання кумбхаки – затримки дихання, що призводить до входження в медитативний стан, максимального заспокоєння, перериває постійний “внутрішній діалог”. Ідеальним варіантом вважається, коли ця затримка є спонтанною, і відбувається без активної участі людини. Взагалі, в йогічних практиках пранаями займають важливе місце, і вчителі йоги вважають їх не менш значущими, ніж самі асани.

Також розглянемо роль дихальних технік у практиках цигун. В перекладі цигун означає контроль, роботу з енергією “ци”, яку можна розуміти як дихання, певну вітальну силу (можна знову ж таки провести паралель із індійським

поняттям прани). Вважається, ця практика пов'язана із традиціями даосизму, тому для більш детального аналізу поняття цигун необхідно простежити ідеї даосизму. Так, будучи містико-релігійним вченням, даосизм досліджує питання індивідуального безсмертя людини. Даоси розрізняли внутрішню та зовнішню алхімію. Зовнішня алхімія намагалася досягти безсмертя за допомогою виготовлення особливих медикаментів та еліксирів, її надбання пізніше використовували середньовічні алхіміки. А внутрішня алхімія спирається на уявлення про те, що безсмертя можна досягти за допомогою контролю певних процесів в організмі, зокрема, за допомогою фізичних вправ, дихальних практик, спеціального впливу на важливі точки в організмі тощо. Так, важливе місце в практиках цигун займали дихальні вправи. Взагалі, для даосів дихання вважається вкрай важливим, за деякими теоріями вважається, що кожна людина має фіксовану кількість циклів дихання, тому сповільнюючи дихання, можна продовжувати своє життя, і навіть досягти безсмертя.

Цікаво, що в християнстві також є натяки на особливу, божественну роль дихання для людини. Так, в Книзі Буття сказано: "І створив Господь Бог людину з пороку земного. І дихання життя вдихнув у ніздрі її, і стала людина живою душею" (Буття 2:7). Підкреслюється, що саме після того, як Бог вдихнув життя, людина отримує живу душу. В християнстві менше, ніж у східних релігіях приділяється уваги дихальним практикам, однак також можна пригадати ісихастські практики, де акцент робиться на постійному повторенні Ісусової молитви з синхронізацією дихання. Відомий релігієзнавець Мірча Еліаде в праці "Йога. Свобода і безсмертя" проводить певну паралель між ісихазмом та йогою, однак він же зазначає і різницю між ними: якщо для християн ці практики є все ж тільки інструментом для молитви, то для йогоїна вони мають відносно самостійне значення.

Отже, дихальні практики присутні у багатьох релігійних системах та практиках, особливо, у східних, відіграючи важливу роль для оздоровлення фізичного та ментального стану людини, допомагаючи йти на шляху до Абсолюту, мокші, певного стану медитації.

Секція IV.
МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ
РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ У СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

Jana Trizuljaková¹, Margita Kollárová¹,

¹ Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky,
Lekárska fakulta Univerzity Komenského, Bratislava, Slovensko
jana.trizuljakova@fmed.uniba.sk, margita.kollarova@fmed.uniba.sk

PROBLEMATIKA SPIRITUALITY V PREGRADUÁLNOМ VZDELÁVANÍ A
UČEBNÝCH OSNOVÁCH LEKÁRSKYCH FAKÚLT

Úvod

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) definuje zdravie ako stav „úplnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody, nielen absenciu choroby alebo slabosti“ [1]. K tejto definícii sa presadzuje pridať duchovný rozmeru [2]. Duchovný svet, spiritualita, patrí k bohatstvu každého ľudského života a je určený mnohými faktormi, ktoré vychádzajú z osobnosti ľudského jedinca. Spiritualita a religiozita predstavujú významnú zložku ľudskej existencie, ktorou sa človek dotýka tajomstva života, a prostredníctvom ktorej hľadá a nachádza zmysel svojej existencie. Tvorí akoby základ, neviditeľný koreň toho, ako sa človek javí navonok.

Spiritualita predstavuje veľmi široký koncept. Nájsť univerzálne akceptovanú definíciu pojmu „spiritualita“ v medicínskej literatúre je priam nemožné. Ide o abstraktný pojem, ktorý nie je ani v zdravotníckej, ani v medicínskej rovnako ani v ošetrovateľskej literatúre, jednoznačne definovaný. Zahŕňa dokonca veľmi rozmanité definície, nesie mnoho rozdielnych významových polôh. Panuje však všeobecná zhoda v tom, že spiritualita je fenomén univerzálne prežívaný každým človekom. Z etymologického hľadiska nachádza pojem spiritualita svoj základ v slove spiritualitas (z lat.) – duchovno, resp. duchovný, nadzmyslový. Spirit predstavuje jedinečného ducha, zdroj energie, bytia. Pojem má blízko k slovám pneuma (z gr.) a ruah (z hebr.) – duch, duša, vzduch, dych umožňujúci život. Výraz ako duch, duchovný a im podobné sa spočiatku používali výhradne v kontexte s náboženstvom, najmä kresťanským [3]. Slová duchovno, spiritualita sa v kontexte medicíny druhej polovice dvadsiateho storočia začali objavovať s novým dôrazom, kedy oň vo všeobecnosti začal stúpať záujem [4]. Dnes je pojem spiritualita používaný ďaleko za hranicami kresťanstva. V bežnom, nie teologickom jazyku, sa stal omnoho všeobecnejším pojmom, ktorý nemusí mať priamu súvislosť s jeho teologicky vnímaným pôsobením.

Spirituality sa netreba báť ani ju považovať za niečo nevedecké. Existencia spirituálnych potrieb chorých je dnes už vedecky akceptovaný fakt. Spiritualita je rozmer ľudstva, ktorý dokáže zmysluplne prezentovať skúsenosti so zdravím a chorobou. Spirituálna dimenzia človeka ostávala v medicíne dlhodobo v úzadí. Zdravotníci si však čoraz viac uvedomovali miesto a význam spirituality a religiozity u svojich pacientov. Našli sa medzi nimi aj takí, ktorí pri zmienke o duchovnej dimenzii a duchovných potrebách chorých zostávali v rozpakoch, a keďže tejto

dimenzii jednoducho nerozumeli a nik im nepomohol správne ju pochopiť, odmietali ju [5]. Spiritualita a religiozita môžu byť pritom významným zdrojom podpory fyzického a duševného zdravia človeka, preto si nevyhnutne zasluhujú pozornosť lekárov, ktorých úlohou je poskytovať zdravotnú starostlivosť komplexne, kvalitne a celostne. Kým na lekárske fakultách vo svete téma zaujala a našla podporu vo vzdelávaní medikov podstatne skôr [6,7], na lekárske fakultách v bývalom Československu a neskôr po jeho rozdelení na Česko a Slovensko, téma spirituality a religiozity na nich dlhodobo chýbala. Študenti medicíny pri tom mohli mať úžitok z pochopenia toho, ako je spiritualita a religiozita dôležitým prvkom pri učení sa holistickému prístupu starostlivosti o chorých, ale aj toho, ako im môže poskytnúť príležitosť preskúmať vlastné motivácie pre rozhodnutie vykonávať lekársku prax a porozumieť sebe samým [3].

Tento článok sleduje ponuku lekárske fakult, či majú v kurikule kurz/ výučbový predmet, ktorý má obsahový prienik s problematikou spirituality/ religiozity v medicíne. Autorky zároveň uvádzajú skúsenosť s kurzom zameraným na duchovnú starostlivosť o chorých v nemocniciach, určenom študentom štvrtého a piateho ročníka štúdia všeobecného lekárstva na ich materskej Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave.

Metódy

Za účelom spracovania témy autorky využili dáta a materiály dostupné na internete, knižné odborné publikácie, ako aj odborné články. Pracovali s databázou PubMed, ktorá predstavuje voľný prístup k obsiahlejšej databáze MEDLINE. Pri vyhľadávaní článkov zadali v angl. jazyku kľúčové slová spirituality, religiosity, medical school, undergraduate medical education, curriculum. Zaujímali ich všetky lekárske fakulty v ČR, SR s akreditovaným študijným programom všeobecné lekárstvo a ich aktuálna ponuka kurzov, v ktorých sa prelínala téma filozofie, spirituality a zdravia, choroby a religiozity, smrti, utrpenia a nádeje.

Výsledky

Čo sa týka Českej republiky - v súčasnosti tam nachádzame spolu osem lekárske fakult: v Prahe 1. lekárska fakulta Univerzity Karlovej, 2. lekárska fakulta Univerzity Karlovej, 3. lekárska fakulta Univerzity Karlovej. Ďalej Lekárska fakulta v Hradci Králové Univerzity Karlovej (Univerzity obrany), Lekárska fakulta v Plzni Univerzity Karlovej, Lekárska fakulta Ostravskej univerzity, Lekárska fakulta Masarykovej univerzity v Brne, Lekárska fakulta Univerzity Palackého v Olomouci. Identifikovali sme viacero kurzov, ktoré boli v ponuke nasledujúcich lekárske fakult, ich ústavov a kliník: V Prahe 1. lekárska fakulta Univerzity Karlovej – Ústav humanitných štúdií v lekárství - realizuje povinne voliteľné predmety Religionistický seminár 1,2; Filozofický seminár 1,2; Klinická psychoterapie a duchovná péče; O smrti a umírání: dítě, dospělý a rodič; Utrpení, smysl a naděje; Klinická pastorační péče; Paliativní medicína. Nepravidelne sa v ponuke objavuje ako jednorázový výberový seminár Péče o duši alebo prednáška Duše a tělo aneb jak moc jedeme stále v Descartovi. 2. lekárska fakulta Univerzity Karlovej Praha-Motol informuje na webe o Nemocničnom centre spirituální péče, ktoré sa okrem iného podieľa na edukácii v oblasti duchovných potrieb a starostlivosti v nemocnici. V Brne

na Lekárskej fakulte Masarykovej univerzity – Ústav etiky - téma sa reflektuje v predmete Lékařská etika 1,2 a Paliativní medicína. V Olomouci na Lekárskej fakulte Univerzity Palackého nachádzame tematické prieniky v povinne voliteľnom predmete Paliativní medicína 1,2 a Klinická etika.

Na Slovensku sú štyri lekárske fakulty: v Bratislave Lekárska fakulta Univerzity Komenského a Lekárska fakulta Slovenskej zdravotníckej univerzity, v Martine Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského a Lekárska fakulta J. P. Šafárika v Košiciach. Iba na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského sme identifikovali samostatný povinne voliteľný predmet s názvom Duchovné aspekty starostlivosti o chorých, na ktorom participujú dve pracoviská - II. onkologická klinika LF UK a Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky LF UK. Cieľom predmetu je upriamiť pozornosť poslucháčov na spirituálnu dimenziu a spirituálne potreby chorých ako aj spiritualitu samotného lekára. O kurz, ktorý prebehol ako pilotný projekt po prvý raz v akademickom roku 2024/2025 v zimnom semestri prejavilo záujem päť poslucháčov. Absolventi ocenili komorné prostredie výučby, pestrosť výberu a odborné kvality vyučujúcich a v neposlednom rade prienik do praxe.

Diskusia

Christina Puchalski veľmi trefne poukazuje na vývoj v spoločnosti a sociálne trendy, ktoré ovplyvnili aj vývoj kurzov v medicínskom vzdelávaní. [8] Kým v dávnej minulosti lekári väčšinou navštevovali pacientov doma a ich starostlivosť bola holistická s dôrazom na vzťah lekár – pacient, v 20. st. vedecký a technologický pokrok zmenil prax medicíny. Pozornosť sa presunula na model starostlivosti zameraný na chorobu, pričom vzťah medzi lekárom a pacientom sa modifikoval. Medicína sa stala špecializovanejšou a úlohou lekára sa stala diagnostika, pričom lekár liečil viac chorobu ako celého pacienta. V 90. rokoch 20.st. sa vzťah medzi lekárom a pacientom ešte viac redukoval. Lekárske vzdelávanie sa zameriavalo na medicínu, ale v 90. rokoch 20.st. sa začali najmä v USA diať zmeny v lekárskom vzdelávaní z veľkej časti kvôli tlaku verejnosti, ktorá namietala proti čoraz viac dehumanizovanému systému zdravotnej starostlivosti. V USA American Medical Colleges (AAMC) zaznamenali zvýšenú kritiku medicínskeho systému, ktorá spustila operáciu nazvanú Medical School Objectives Project. Prvá správa tohto projektu uvádzala altruizmus a súcit ako hlavné atribúty, ktoré by sa lekárske fakulty mali snažiť odovzdať a podporiť u študentov medicíny. S tým následne súviselo vytvorenie nového voliteľného kurzu, ktorý vyvinuli na Lekárskej fakulte Univerzity Georgea Washingtona a pokrýval témy výskumu a zdravia, alternatívnej medicíny, humoru, meditácie a iných duchovných praktík a ktorý sa v roku 1996 stal súčasťou požadovaného učebného plánu [8]. Kým v roku 1994 len 17 zo 126 akreditovaných amerických lekárskech fakúlt ponúkalo kurzy o spiritualite v medicíne, do roku 1998 sa tento počet zvýšil na 39 a do roku 2004 na 84 škôl [6]. To, čo však chýba, sú údaje o poskytovanej výučbe a dosahovaní vzdelávacích výsledkov, ako aj rozdielny prístup hodnotenia kurzov [7].

V Česku i na Slovensku sa v posledných rokoch rovnako zintenzívnili snahy reflektovať spiritualitu/religiozitu v medicíne a systémovo integrovať duchovnú starostlivosť do celkovej zdravotnej starostlivosti. Kým v ČR bola dohoda o duchovnej starostlivosti v zdravotníctve uzavretá medzi Ministerstvom

zdravotníctva ČR, Českou biskupskou konferenciou a Ekumenickou radou cirkví ešte v roku 2019, k podobnej dohode na Slovensku došlo až na jar 2025 a čaká sa na legislatívne zavŕšenie celého procesu. Slovenské lekárske fakulty sa však vzájomne inšpirujú a po prvej skúsenosti na LF UK existuje snaha včleniť obdobné kurzy spirituality/religiozity v medicíne do kurikula viacerých z nich tak, aby ich absolvent vedel v rámci manažmentu komplexnej zdravotnej starostlivosti efektívne aplikovať získané poznatky a integrovať ich do terapeutického plánu riešenia potrieb chorých so zreteľom na ich preferencie a hodnoty [3].

Záver

Spiritualita a zdravie sa postupne stávajú rešpektovanými pojmami v medicíne. Dnes je už priam samozrejmé, že lekárske fakulty vo svete ponúkajú kurzy o spiritualite/religiozite v medicíne. Čoraz viac lekárske fakulty v zahraničí vyučujú kurzy o spiritualite a zdraví a skúma, akú úlohu môžu spiritualita a religiozita zohrávať pri zvládaní, zotavovaní a prevencii chorôb, aký význam zohrávajú v klinickej starostlivosti a súcitnom sprevádzaní a akú úroveň výučby by spiritualita mala dostať v učebných osnovách. [8] Pripojili sa k nim už i lekárske fakulty v Čechách a na Slovensku. Konečný cieľ týchto kurzov je optimalizovať zdravotnú starostlivosť, znovuobjaviť a prejavovať cnosť, súcit a uskutočňovať záväzok lekára vykonávať holistickú starostlivosť o pacienta a jeho rodinu. Zdravotná starostlivosť rešpektujúca spirituálnu dimenziu chorých, hlboko zakorenená v bio-psycho-sociálnom a duchovnom modeli starostlivosti, udržiava tradíciu medicíny, profesiu služby a altruistickej lásky a súcitu k druhým.

Referencie:

1. WHO. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York; 1946. Signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
2. LARSON JS. The World Health Organization's definition of health: social versus spiritual health. Soc Indicators Res. 1996;38:181–92.
3. TRIZULJAKOVÁ J, MEGO M a kol. (2024). Duchovné aspekty starostlivosti o chorých. 1. vydanie. ISBN: 978-80-223-5907-8. Bratislava : Univerzita Komenského v Bratislave.92s.
4. SOVÁRIOVÁ SÓOSOVÁ M. (2022). Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi. ISBN: 978-80-271-3242-3. Praha : Grada. 144s.
5. ŠKRLOVÁ M. (2002). Role sestry v duchovní dimenzi pacienta. In: AMBROS P. a kol (2002): Studijní texty z pastorální teologie III. Služba nemocným. ISBN: 80-86045-93-5. Olomouc : CMTF UP Centrum Aletti, s. 37-45.
6. FORTIN AH, BARNETT KG. (2004). Medical School Curricula in Spirituality and Medicine. JAMA. 2004 June 16; 291(23):2883. doi:10.1001/jama.291.23.2883.

7. HARBINSON MT, BELL D. (2015). How should teaching on whole person medicine, including spiritual issues, be delivered in the undergraduate medical curriculum in the United Kingdom? BMC Med Educ. 2015 June 2;15:96. doi:10.1186/s12909-015-0378-2.
8. PUCHALSKI CM. (2006). Spirituality and Medicine: Curricula in Medical Education. Journal of Cancer Education. 2006 Spring 21(1):14-8. doi:10.1207/s15430154jce2101_6.

Anna Falisová¹, Silvia Capíková^{2,3},

¹ Institute of History, Slovak Academy of Sciences,

² Comenius University in Bratislava, Faculty of Law,
Department of Labour law and Social Security Law,

³ Faculty of Medicine, Institute of Social Medicine and Medical Ethics,
Bratislava, Slovak Republic,

anna.falisova@savba.sk, silvia.capikova@flaw.uniba.sk

THE FEMALE RELIGIOUS ORDER SOCIETY OF THE DAUGHTERS OF CHARITY OF ST. VINCENT DE PAUL IN SLOVAKIA AND ITS CONTRIBUTION TO THE PROFESSIONAL TRAINING OF NURSES

In Catholic countries, nurses were traditionally members of religious orders. The most prominent were the Daughters of Charity. This women's order provided trained nurses not only for Western Europe, but also for parts of the British Empire with a greater concentration of Catholic-minded populations. The aim of the Vincentian Sisters - the Daughters of Charity was to help the sick, the suffering and those on the margins of society. Other women's orders whose main purpose was to serve the sick included, for example, the Sisters of Charity, the Redeemer, the Basilians, the Daughters of the Most Holy Savior, the Daughters of St. Francis, the Sisters of Charity of the Holy Cross, the Irish Sisters of Charity, and others [1]. The women's religious order, the Society of the Daughters of Charity of St. Vincent de Paul, was founded on November 29, 1633 in Paris. The society was founded by the French priest Vincent de Paul (1581–1660) in collaboration with the patron saint of social welfare, Louise de Marillac (1591–1660), who also wrote the rule for the community. The Daughters of Charity were popularly called the «Vincent's» and had been active in Slovakia since 1861, when the nuns arrived in Nitra [2].

The members of the society lived according to the principles of the Gospel, taking vows of poverty, chastity, obedience and service to the poor, each year on the feast of the Annunciation.

The first independent Slovak province was established on January 14, 1922 in Nitra. Later, the headquarters of the Vincentians moved to Trnava, and after the purchase and renovation of the manor house on August 25, 1924, the sisters moved into the so-called Central House in Ladce [3]. Initially, the sisters of the Order of St. Vincent acquired professional knowledge and skills in caring for the sick in the Trenčín hospital, under the guidance of doctors from individual departments. At the same time, professional nursing courses were also held in

the Central House of the Slovak Province of the Vincentians in Ladce. All financial costs associated with the implementation of the courses were borne by the Slovak headquarters of the congregation. Doctors from the Trenčín hospital gave lectures at the seminars, and great emphasis was placed not only on practical nursing but also on theoretical training. Based on the exams, the nurses received diplomas that authorized them to practice nursing. Religious nurses who had longer experience in hospital wards continuously supplemented their education and became familiar with new treatment methods at so-called short-term nursing courses in regional hospitals [4]. Similar courses were also held in the Nitra regional hospital in the 1930s and were attended not only by nursing staff from Nitra, but also by nuns from hospitals in Topoľčany, Levice, and Zlaté Moravce [5]. The following subjects were included in the teaching: anatomy, bacteriology, hygiene, nursing, basics of public health and social care, surgery, internal diseases, eye and skin diseases, tuberculosis, diseases of children and infants, infectious diseases, gynaecology, mental illnesses, practical nursing, physical therapy, behaviour of nursing staff towards the sick, nursing of the mentally ill, administrative regulations [Ibid]. Nursing School of the Congregation of the Sisters of Charity of St. Vincent's School in Košice was founded in 1932. Košice was chosen as the location for the school because it had a new modern hospital where students could receive quality professional training, while theoretical instruction was provided by the heads of the hospital's individual departments. The school began its operations on November 1, 1933, with MUDr. Adolf Měska as its director and Sister Marta Jirušková, a graduate of the Czech Nursing School in Prague, as its superior [6]. All expenses related to the maintenance of the school building, the provision of students, the fees for lecturers, and others were covered by the Province of the Daughters of Christian Charity, since the school was exclusively its property. The school also accepted civilian students, not only members of the order, but in very limited numbers. For example, in 1935, only five of them studied at the school. Graduates of the school were employed not only in the State Hospital in Košice but also in other medical institutions in Slovakia for a minimum monthly fee of 150-200 crowns, which they inevitably needed for shoes, clothing, underwear, a dentist, travel, and other expenses. In 1933, the Order of the Sisters of Charity of St. Vincent requested that the Ministry of Health allow 20 students of the nursing school in Košice to eat at the state hospital for a daily fee of 4 CZK. The provincial superior of the congregation stated that the school in Košice was built and maintained by the aforementioned congregation on its own without state or any other support [7]. Its goal was to educate exemplary nurses who would serve the «good of the state and suffering humanity,» while, as it stated, «the congregation was completely destitute.» In connection with the work and training of religious sisters in Košice, a proposal was adopted in September 1930 to expand the living quarters for religious personnel and build a chapel [8]. The management of the Košice hospital recommended that the extension of Pavilion X be carried out with a new design for religious sisters. The leadership of the congregation pointed out the unfavourable conditions in which the sisters were accommodated. In addition to the sisters, doctors and administrative staff were also temporarily accommodated. The Ministry of Health supported the order's request and emphasized that, unlike civilian schools, the nursing school in

Košice was preparing qualified professional personnel for state and public medical institutions without any previous state support. For the aforementioned reasons, it agreed to provide the order with financial resources [Ibid.]. Interest in the service of religious nurses in medical institutions in Slovakia was considerable in the past. Vincentians worked as nurses in several hospitals in Slovakia. For example, while in 1922 there were 18 religious nurses working in the Nitra hospital, by the end of the 1930s their number had increased to 46. The professional approach and professional nursing skills were appreciated not only by doctors, but also by the management of the hospitals where these nurses worked [9].

The Vincentians dedicated their lives to serving the poor. They carried out charitable and social work for the benefit of the abandoned, the sick and the elderly. They helped individuals as well as groups of people on the margins of society. They founded poorhouses, orphanages, and hospitals. The religious sisters saw serving the sick as part of their mission. For them, caring for the sick meant more than just service, which was related to Christian doctrine, ideology and a view of the world and the suffering person.

References:

1. See: MIKLOŠKO, F.: *Nebudete ich môcť rozvrátiť: z osudov katolíckej cirkvi na Slovensku v rokoch 1943 – 89*. Bratislava: Archa, 1991.
2. CSERENYÉY, Š.: *Pamätnica na biskupa Imricha Palugyaya a na nitrianske milosrdné sestry*. Nitra: Kníhtlačiareň Jána Rišňovského, 1911, s. 42-43.
3. Archives of the Society of the Daughters of Christian Love of St. Vincent de Paul in Nitra, (hereinafter ASDKL), fund Daughters of Christian Love of St. Vincent de Paul in Nitra, box No. 1.
4. GÖSSLER, R.: Příspěvky k výchově a k novému rozdělení ošetrovatelského personálu při zemských ústavech. In. *Československá nemocnice*, 1938, roč. 8, č. 9, s. 220; also National Archive of the Czech Republic (NACR), fund Ministry of Public Health and Physical Education, box No. 631.
5. ASDKL, fund Daughters of Christian Charity of St. Vincent de Paul in Nitra, box No. 1.
6. KLEINSCHNITZ, Eduard. Dnešní stav odborného ošetrovatelského školství. In. *Československá nemocnice*, 1935, roč. 5, č. 6, s. 137-138.
7. ASDKL, fund Daughters of Christian Charity of St. Vincent de Paul in Nitra, box No. 1.
8. National Archive of the Czech Republic (hereinafter NACR), fund Ministry of Public Health and Physical Education, box No. 631. State hospital in Košice, catering for students of the nursing school on 19 September 1933.
9. ASDKL, fund Daughters of Christian Charity St. Vincent de Paul in Nitra, box No. 1.

МІСЦЕ ТЕОЛОГІЧНОГО ЗНАННЯ СЕРЕД РІЗНОВИДІВ ЗНАНЬ ТА ОСВІТНІХ ДИСЦИПЛІН

Загальна класифікація знань або відповідна класифікація освітніх дисциплін є вельми непростим завданням.

Існує проста та інтуїтивно несуперечлива класифікація видів знання (наук, галузей, дисциплін тощо) яка, однак, відображає впорядкування освітніх дисциплін (навчальних предметів). Ця класифікація є найбільш поширеною.

Проста освітня класифікація є стабільною протягом великих проміжків часу внаслідок того, що відображає початкові і найпростіші співвідношення різних галузей знання, примітивні ідеї, з яких починається вивчення та засвоєння дисциплін. Протягом багатьох років, навіть – століть, незалежно від змін у передових досягненнях науки, примітивні, перші початки її вивчення, залишаються незмінними. Трохи гротескною буде аналогія з музикою. Попри епохальні зміни у музичному мистецтві: від старовинної класики до її модерних різновидів, через романтизм до сучасної музики, джаз, рок і подібне (ми не прагнемо точності) і до найсучасніших різновидів та зразків музичного мистецтва – учні початкових класів музичних шкіл продовжують грати гамми та інші відносно прості вправи, а їх навчання поділяється на вивчення свого інструмента, музичну грамоту, вокал, хорову музику та ще декілька другорядних предметів, і це відбувається вже протягом всіх цих століть, так, немов Бах не змінився Штраусом, а потім Бітлз з сучасниками та одностудійцями, потім електронною музикою і так далі.

Логіка освіти катастрофічно стабільніша за логіку самої науки. Лише тоді, коли зміни у змісті науки вимагають змін у первинній освіті, опора на попередні, звичні освітні стандарти стає неможливою. Це створює помилкове, ілюзорне враження незмінності, остаточності, непохитної стабільності співвідношення наук, дисциплін, галузей знання, хибно переносючи стабільність структурованості освіти на співвідношення знань взагалі. Така стабільність мусить викликати здивування: як може залишатись навіть відносно незмінним співвідношення галузей (наук, дисциплін...) кожна з яких інтенсивно і непередбачувано розвивається. Насправді це відображає незмінність (або дуже повільну змінюваність) "початкового", тобто саме первинного, освітнього рівня знань для кожної галузі. Ми дозволимо собі образне порівняння: біля дна річки течія є найстриманішою та зміни є найповільнішими, а струмок, з якого починається найграндіозніша річка, є дуже слабким. Так само "освітній" початок будь-якої науки не бере участі у найбухливіших подіях та змінах у цій науці.

Якщо ми прагнемо повнішої (найповнішої) класифікації видів знання, ми не можемо обмежитись лише науковими дисциплінами чи (ще гірше) лише точними науками або лише емпіричними, нам доведеться включити до класифікації різноманітні та різноякісні знання і це не буде просто.

Щоб уникнути ілюзії досконалості чи ілюзії остаточної правильності

наявної популярної класифікації знань, достатньо лише помітити, що популярні класифікації знань є (1) світоглядно або філософськи навантаженими, (2) не є однаковими чи схожими достатньою мірою, (3) не є повними і не можуть бути повними якщо використовувати одну підставу для класифікації чи один набір підстав. З різних точок зору (у різних напрямках філософії чи історії науки, чи теорії пізнання) ми маємо різну кількість родів (різновидів) знань, по-різному впорядкованих та ієрархізованих.

Наведемо приклад із теологічним знанням та матеріалістичним світоглядом. Сама теологія при всій різноманітності значень її назви (давньогрецької за походженням і використаної, зокрема, латинською церквою) претендує певною мірою, в певному смислі на “верхівку” людських знань, на панування над рештою наук та дисциплін. Теолог, за задумом теології, має розуміти та коментувати найважливіші, центральні ідеї людського розуму, виходячи, навіть, можливою мірою, за природні (чи такі, що здаються природними) межі розуму, спираючись на “надрозумну” інтуїцію, духовний досвід (свій чи чужий) та одкровення. І в суспільстві, де релігійний світогляд панує, а релігійна організація є впливовою, як католицька церква у середньовічній Європі, теологія займає вельми важливе місце. Але, якщо змінюються епоха та пануючий світогляд у суспільстві, домінуюче положення теології може швидко змінитись протилежним, пригнобленим та теологія може бути позбавлена всякої впливовості не тільки в університетській освіті а й у суспільстві. Так сталося у епоху марксистських революцій, що мали місце на всіх континентах. Марксизм був не лише матеріалістичним вченням, але й атеїстичним. Матеріалізм, заперечуючи духовний першопочаток усього, не обов'язково є атеїзмом. Наприклад, так званий (за термінологією згаданого марксизму) “наївний матеріалізм” стародавніх греків, мабуть, не мав вираженого атеїстичного аспекту або цей аспект мали окремі матеріалістичні вчення. Але марксизм виник у Європі, яка вже мала досвід спочатку панування вельми розвинутої теології та релігійної філософії у середньовіччі, досвід соціальних та світоглядних перетворень Нового часу, Просвітництва. І марксизм, що виник у такій Європі, має не просто фрагментарну чи випадкову, а виражену, “форсовану” контррелігійну спрямованість, помітний аспект критики релігійних ідей. І в марксистському світогляді, а далі – у марксистській ідеології та освіті, теологія (будь-якої релігії) не просто втрачає пануючу роль, але, взагалі, втрачає будь-яке значення для освіти та світогляду, бо оголошена хибним різновидом знань, частиною історично плінного масиву помилкових з самого початку ідей та вчень. Теологічне знання з точки зору марксистського матеріалізму є частиною релігійної свідомості, яка не є вірним, спрямованим до істини, способом відображення світу, тобто, на думку марксистів, не є різновидом знання взагалі. Теологічні уявлення з цієї точки зору є не більше ніж вдало оформленим варіантом релігійної ілюзії, адже марксистська філософія вважала всі релігійні уявлення ілюзорними. Спрощуючи, можна сказати, що для марксистського матеріалізму теологія є ніби “теоретично оформленим маренням”, або, висловлюючись м'якше, “добре структурованим віруванням” але не є частиною величезного запасу людських знань, є чужорідним тілом по відношенню до знання. Виникаючи історично, з точки зору історичного

матеріалізму, теологія, чи її різновиди, або її окремі вияви (вчення, школи тощо) не рухають знання, не впливають на прогрес знань. Тому, з точки зору марксистів, теологія не може розглядатись як різновид знань і не може мати будь-якого місця у класифікації знань.

Теології важко мати стабільне місце серед інших знань. Найважливіше, що надто сильно відрізняються теології різних релігій. Якщо між вельми різними напрямками філософії можлива довга (хоч і часто безплідна) дискусія, бо філософи черпають свої аргументи із зрозумілих більшості культурних (розумово розвинених) людей засад мислення, то для теології (теологій) така дискусія може виявитись неможливою через відсутність схожих підстав для аргументації та взаємного розуміння. “Позаприродний” досвід прибічників різних релігій може виявитись неспівставним. Навіть, можливо, ми не змогли б вжити вираз “ступінь неспівставності”, бо й це може виявитись недоступним нашій оцінці, нашому розуму; можливо, краще було б казати “глибина неспівставності”, такий вираз натякав би на без-опорність наших спроб вичерпати зміст якщо не теологічних вчень то хоча б їх відмінностей.

Теологія (різних релігій) виходить, у будь-якому разі, за межі позитивних наук, не може бути емпіричною наукою, так само навряд чи будь-який різновид теології може бути абстрактною наукою, схожою з будь-яким розділом математики чи логіки. Тож, якщо ми намагатимемось знайти таку класифікацію знань, що включала б теологію, нам доведеться вийти за рамки науки: найбільш подібним до місця теології у можливій загальній класифікації знань є місце філософії. Філософія, як і теологія, деякою мірою виходить за межі того, що ми називаємо саме “знаннями”: принаймні, філософія виходить за межі того, що ми розуміємо під знаннями у найпростіших випадках. Філософія – не лише знання. Між філософією та теологією історично можуть бути найрізноманітніші відношення. Відомий вислів “Філософія – служниця теології” чи “Філософія – служниця богослів’я”. Прибічники такої думки, очевидно, стверджують лідируючу роль теології (богослів’я) по відношенню до інших різновидів знання, принаймні по відношенню до філософії. З іншого боку, відомо, що для стародавнього мислителя Аристотеля теологія (як він її розумів) була структурно частиною філософії, тобто, філософія була сферою інтелектуальних зусиль, що, поряд з іншими галузями та предметами, включала у себе теологію. Філософія та теологія можуть у різних інтелектуальних традиціях знаходитись у відношенні підпорядкування у обидва боки: теологія може бути й підпорядкованою й підпорядковуючою. Також у відношення підпорядкування можуть бути відсутніми, ці інтелектуальні (чи духовні) сфери можуть бути просто рядопокладеними

“RELIGIO MEDICI” СЕРА ТОМАСА БРАУНА: НА ПЕРЕТИНІ НАУКИ ТА ВІРИ

Сер Томас Браун (англ. Thomas Browne, (1605 – 1682)) є видатною постаттю в історії англійської інтелектуальної думки XVII століття, періоду розвитку емпіризму та наукової революції. Сьогодні його ідеї можуть бути актуалізовані та стати цінними для лікарів-практиків і дослідників, які зацікавлені в діалозі медичних наук і філософії. Аналіз інтелектуальної спадщини цього видатного англійського медика, дослідника і письменника варто почати з праці “Релігія лікаря” (оригінальна назва “Religio Medici”) [3], у якій він розмірковує про місце науки та віри в житті людини, їхню здатність до співіснування і взаємного збагачення в час, коли в університетах домінували схоластичні методи, а ідеї Френсіса Бекона (англ. Francis Bacon) ще не набули широкої популярності, яка настане після 1640 року [4, с. 223]. Ми пропонуємо розглядати ідеї Томаса Брауна в контексті зародження нового підходу до вивчення природи, який згодом став підґрунтям значних наукових досягнень.

Томас Браун жив у добу радикальних змін світогляду, коли інтеграція теології та природничої філософії мала поступитися місцем новому погляду на природу як на божественний механізм, частини якого самостійно узгоджено рухаються та визначаються за встановленим Богом законами творіння. Наукова революція поставила під сумнів усталені догми, а вчені та мислителі шукали нові способи розуміння й пояснення світу та свого місця в ньому. Якщо Всесвіт вічний у своїх незмінних законах, а між Богом та людиною немає посередників, то завдання людини – відновити знання та владу над природою, втрачені Адамом у гріхопадінні. На основі таких уявлень й утверджується переконання, що Бога можна пізнати тільки через пізнання його творінь, тому джерелом істини може бути не лише Святе Письмо, але й Книга Природи. У результаті провідні мислителі дедалі частіше починають розуміти природничі науки як інструмент пізнання “Бога в природі”. Одним із наслідків таких світоглядних трансформацій у XVII столітті стали значні досягнення в галузі анатомії. Вчені-медики почали розглядати кожну частину тіла як окремий механізм, зв’язки якого з організмом в цілому потребують емпіричного дослідження, а не виведення з існуючої теорії, що зумовлює започаткування нових напрямів наукового пошуку [1]. Показово, що ідеї, які коштували життя Мігелю Сервету (ісп. Miguel Servet, (1511 – 1553)) [2, с. 89] у другій половині XVII століття сприймалися вже як визнані, та й нехтування ними могло викликати здивування тодішніх інтелектуалів.

Томас Браун народився 19 жовтня 1605, провів шкільні роки у Вінчестері (англ. Winchester), а звідти, 1623 вступив до Пембрука (англ. Pembroke), тоді відомого як Брдгейст-холл (англ. Brdages Hall), Оксфордського коледжу (англ. Oxford) [3, с. viii]. З 1630 він три роки вивчав медичні й природничі науки в найкращих університетах Франції, Італії та Фландрії, які були центрами

прогресивних наукових досліджень. Після здобуття ступеня доктора у Лейдені [3, с. viii] Браун повернувся до Англії й отримав медичну практику у Норвічі (англ. Norwich), де і провів решту життя. Саме в цей період його пошуки гармонії між вірою та науковим знанням знайшли своє відображення в праці *“Religio Medici”* (1635). Спочатку Томас Браун писав цей текст глибоко особистого та рефлексивного характеру [3, с. ix] не для публікації, адже він був для нього інструментом самопізнання, спробою дослідити власні засновані на християнському милосерді релігійні погляди й етичні принципи та їх застосування у його лікарській практиці. Протягом кількох років рукопис *“Religio Medici”* поширювався у колі знайомих автора, однак, у грудні 1642 у Лондоні з'явилось його “піратське” видання, що й змусило Брауна опублікувати авторизовану версію твору на початку 1643. Книга швидко стала популярною [3, с. ix] й принесла авторові славу одного з найцікавіших і найблискучіших письменників ранньомодерної Англії, а його ставлення до життя, релігії, філософії стало предметом серйозних дискусій. Ще за життя Брауна *“Religio Medici”* мала двадцять перевидань. Переклади на латинську та європейські мови сприяли розповсюдженню праці на європейському континенті. Водночас відвертість, ліберальність, відсутність богословських догм у ній стали причиною її засудження Римо-католицькою церквою і внесення до Індексу заборонених книг у березні 1645.

Томас Браун був людиною науки та широких знань, тому в своєму творі вільно поєднував медичні знання, наукові спостереження, філософські роздуми та теологічні ідеї, демонструючи глибоку ерудицію та здатність до оригінального синтезу. Текст *“Religio Medici”* засвідчує, що автор не обмежується рамками однієї дисципліни чи системи поглядів, а творчо використовує різні інтелектуальні ресурси для дослідження складних питань віри, науки та людського існування. Браун описує свою особисту побожність як синтез внутрішньої віри із зовнішніми проявами шанування. Як глибоко віруюча людина, він підкреслює свою приналежність до християнства [3, с. 3] та віру у безсмертя душі [3, с. 8], проте демонструє й поблажливість і співчуття до представників інших віросповідань, навіть тих, кого його власна релігійна спільнота засуджує.

Релігійна помірність та терпимість була характерною рисою більшості видатних вчених доби Томаса Брауна, зокрема і представників англійського наукового руху. Незалежно від їхньої релігійної приналежності практично всі вони прагнули до релігійного компромісу та єдності [4, с. 290]. На думку багатьох тодішніх вчених релігійні чвари заважали прогресу науки. Під тиском принципу терпимості, який був пов'язаний з теологією, формувалися й принципи та норми наукових дискусій, поведінки вченого. Вихід творчої енергії мислителі знаходили в наукових дослідженнях, особливою популярністю користувалися філософія та медицина [4, с. 300]. Томас Браун також критикував релігійну ворожнечу та закликав до порозуміння між різними християнськими конфесіями, хоча й визнавав відмінності між ними [3, с. 6]. На його думку, конфлікт між Римською та Англійською Церквою виник через історичні, а не моральні розбіжності. У питаннях віри Браун наголошує на важливості звернення до власного розуму: “...я запозичую правила своєї

Релігії не з Риму чи Женеви, а з веління власного розуму” [3, с. 6]. Отже, його релігійні погляди не були сліпою вірою, а радше результатом роздумів та інтелектуального осмислення релігійних питань у контексті його наукових студій.

На основі аналізу тексту “Religio Medici” можна зробити висновок, що релігійність Брауна ґрунтувалася на складному розумінні взаємозв'язку природного з надприродним. З точки зору натурфілософії, він поділяв погляди Френсіса Бекона щодо абстрактних метафізичних пояснень природи, який вважав їх безплідними для розуміння природи. Браун ніколи не відмовлявся від наукового підходу, що втілював не лише в своєму розмислі, але й в лікарській практиці. На його думку, хоча наука і може навести факти, які, здається, суперечать Богові, але все є Божим творінням, тому людина повинна віддавати шану Богові. Браун часто розмірковує як теолог: “У моїй усамітненій та відлюдькуватій уяві я пам'ятаю, що я не один, і тому не забуваю споглядати Його і Його Атрибути, які завжди зі мною, особливо ті два могутні – Його Мудрість і Вічність. З однією з них я відтворюю, з іншою – бентежу своє розуміння [3, с. 12]. На його думку, Бога можна сприймати двоюко. З одного боку, він є чистим інтелектом і мудрістю, що є цілком зрозумілим для створеного розуму: “Він мудрий у всьому...набагато більший у тому, що ми не осягаємо... Його Мудрість природно знає, що найкраще; Його інтелект напоготові, сповнений найвищих і найчистіших ідей добра” [3, с. 14]. З іншого боку, Його вічність є поза часом і залишається для нас загадковою. Так у Брауна з'являється і класична тема розрізнення двох книг: “Отже, є дві Книги, з яких я черпаю свою Божественність; одна, що написана Богом, інша – Його слугою Природою, цей універсальний і загальнодоступний Рукопис, що лежить перед очима всіх: ті, хто ніколи не бачив Його в одній, відкрили Його в іншій” [3, с. 17]. Для лікаря таке переконання має особливе значення, оскільки він повинен з повагою ставитися до релігійних чи філософських переконань кожного пацієнта, навіть якщо вони суперечать його власним. На думку Брауна, навіть упередження не повинні заважати лікарю допомагати пацієнту. Така великодушність значною мірою ґрунтувалася на його переконанні, що можна молитися навіть за свого ворога, римо-католицьку молитву за померлих можна включити в англіканство, а добрі заповіді можна запозичити з грецької, римської, африканської та азійської церков. Браун обирає милосердне ставлення до всього людства та пише про себе: “...я не відчуваю в собі тих загальних антипатій, які я можу виявити в інших; ці національні відриси мене не зачіпають, і я не дивлюся з упередженням на французів, італійців, іспанців чи голландців; але там, де я бачу, що їхні дії урівноважуються діями моїх співвітчизників, я шаную, люблю і приймаю їх однаковою мірою” [3, с. 65]. Як мислитель і лікар він вважає, що народи, які засуджують один одного, чинять немилосердно, та називає милосердя голосом світу.

Праця “Religio Medici” Томаса Брауна народилася на перехресті лікарської практики, самопізнання і філософських за суттю роздумів, та відобразила інтелектуальні пошуки свого часу. Синтез наукової, філософської та літературної перспектив дозволив автору вийти на обговорення різних аспектів складного питання співвідношення між раціональним пізнанням та

духовним досвідом, визнаючи важливість як розуму, так і віри у розумінні світу та себе в ньому. Томас Браун, лікар, мислитель і християнин, показав актуальний для багатьох наших сучасників і донині шлях пізнання, на якому науковий розум може співіснувати з глибокою вірою, не відкидаючи таємниці, а приймаючи її як частину буття.

Література:

1. Лавринович О. А. Концепція співвідношення душі та тіла Томаса Вілліса. *Філософія релігії та медицини в постсекулярну добу: матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф., присвяченої пам'яті свт. Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького)*. Київ: НМУ імені О. О. Богомольця, 2022. С. 87–91. URL: <http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/7368/1/Філософія%20релігії%та%20медицини%в%20постсекулярну%20добу.pdf>
2. Лавринович О. А. Мігель Сервет у пошуках істини: синтез теології і науки. *Філософія релігії та медицини в постсекулярну добу: матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф., присвяченої пам'яті свт. Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького)*. Київ: НМУ імені О. О. Богомольця, ВР ІФ імені Г. С. Сковороди НАНУ, 2020. С. 86–90. – URL: <https://drive.google.com/file/d/1Lt0bTLYDczYRa8qQmZrZM8WTM7OuUqpU/view>
3. Browne T. *The Religion Medici. Other Writings of Sir Tomas Browne*. London: J. M. Dent & Sons, Ltd. New York: E. P. Dutton & Co. 1906. 324 p. – URL: <https://ia601300.us.archive.org/26/items/religiomedicioth00browiala/religiomedicioth00browiala.pdf>
4. *The Intellectual Revolution of the Seventeenth Century* / Ed. By Webster Ch.; Aylmer G. E., Brewster D.E., Capp B. e. a. L., Boston Routledge and Paul, 1974. x, 444 p.

СЕКЦІЯ V. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ БІОЕТИКИ ТА БІОМЕДИЧНОЇ ЕТИКИ

Рассудіна К. С.,
Інститут релігійних наук св. Томи Аквінського,
rassudina.k@gmail.com

ВАГОНЕТКОЛОГІЯ У СТАБІЛІЗАЦІЙНОМУ ПУНКТІ: ПРИНЦИП ПОДВІЙНОГО НАСЛІДКУ І ПОРЯТУНОК ПОРАНЕНИХ

Одним з численних викликів під час російсько-української війни став механізм надання пріоритету в послідовності допомоги пораненим за умови відсутності достатньої кількості лікарів. Самий механізм цієї проблеми не є для філософії чимсь новим. Він цілком узгоджується з відомим мисленєвим експериментом Ф. Фут “проблема вагонетки” і з застосуванням значно давнішого, сформульованого ще Томою Аквінським принципу подвійного наслідку. Спробуймо розглянути ці підходи в контексті вказаної вище ситуації дефіциту медичного персоналу.

Згаданий схоластичний принцип полягає у тому, що, коли дія має водночас добрий і поганий наслідок, вона є допустимою або недопустимою з морального погляду залежно від того, чи її поганий наслідок входив у намір суб'єкта як ціль або засіб її досягнення, чи лише передбачався ним як неминучий супровідний результат. Отож, ключовим поняттям, яке визначає моральність неоднозначного вчинку, виявляється намір. Слушні зауваження до визначення останнього наводить польський дослідник В. Яніковський: “Х є наміром S тоді і тільки тоді, коли: 1) S призводить (або ні – в разі занедбання) до Y свідомо, контролюючи свою поведінку, і в результаті попереднього свідомого рішення приведення до Y або утримання від цього і 2a) Y ідентичне з X (у разі автотелічних дій), або 2b) а) X є передбаченим наслідком Y, а також b) S бажає X і c) те, що S бажає X є причиною того, що призводить до Y (якби S не бажав X, то не робив би цього (або ж не занедбав вказаної дії))” [3, с. 130]. В. Яніковський підкреслює, що саме остання умова (те, що S бажає X є причиною того, що призводить до Y) має для окреслення наміру вирішальне значення, позаяк ним не є кожен передбачений і прийнятий наслідок. Намір ототожнюється з прямим наслідком, але не з непрямим, побічним наслідком з принципу подвійного наслідку, хоча цей другий може бути і передбаченим і прийнятим.

Повернімося до знаменитих мисленєвих експериментів Ф. Фут. У прикладі з вагонеткою, закладається, що, згідно з утилітаристським підходом, водій радше спрямує її на одну людину, аніж на п'ятьох, а бездіяльність не позбавила б його провини. Авторка зауважує: “Доктрина подвійного наслідку пропонує нам вихід зі скрутного становища, наполягаючи, що одна справа – рушити на когось, передбачаючи, що ви вб'єте його, а інша справа – задумати його смерть як частину свого плану” [2, с. 2]. Множачи мисленеві експерименти, Ф. Фут доходить висновку, що визначальна складова, яка

впливає на моральність дії, це не ознака наслідку (прямий він чи непрямий щодо наміру), не пропорція між задоволеними і незадоволеними, а те, йдеться про запобігання шкоді чи про надання допомоги. В такому разі, однак, видається, що проблема вагонетки не має розв'язання.

Міркуючи над пропозиціями Ф. Фут, інша британська філософія, Г. Е. М. Анскомб, запропонувала свій експеримент: якщо човняр може врятувати лише одного постраждалого, не забравши п'ятох, то його вчинок буде неморальним лише за тієї умови, що він мав для вибору якусь погану мотивацію (напр. врятував багатшого). Човняр, однак, "не чинить погано, якщо він використовує свої ресурси заради порятунку X, або X, Y і Z, не з доброї волі, і не переймається тим, чи міг урятувати більшу кількість людей. Ба більше: хто може сказати, що його скривджено? А якщо нікого не скривджено, як рятувальник може вчинити кривду?" [1, с. 6]. Отож, на думку дослідниці, чинячи якусь дію з певних міркувань, з певним наміром, суб'єкт не мусить мати спеціальну причину для того, щоби діяти так, а не інакше, що також було б можливим.

Ми бачимо, як "проблема вагонетки" поступово перетворюється на проблему використання одного індивіда заради порятунку іншого. Саме такого стибу є питання, що регулярно постає перед медичним персоналом за умови обмеженості ресурсу. Варто пригадати ще один мисленевий експеримент Ф. Фут. Для того, щоби врятувати життя пацієнта, лікар мусить дати йому поважну дозу дефіцитних ліків – якраз ту, що могла би врятувати п'ятох інших осіб, яким було б достатньо однієї п'ятої цієї дози. Відтак філософія стверджує: "ми з жалем констатуємо, що не можемо виділити весь наш запас препарату для одного пацієнта, так само, як мусимо констатувати, що не можемо виділити всі ресурси відділення для одного небезпечно хворого, коли приїжджає швидка допомога, з багатьма постраждалими в аварії" [2, с. 3]. Безсумнівно, інтуїція підказує нам рятувати радше більшу кількість осіб. Чому ж, однак, ми противимося пропозиції вбивати людей у процесі досліджень заради порятунку мільйонів хворих на рак?

Тут ми знову повертаємося до проблематики наміру. Ба більше: до проблематики засобу і мети. Ф. Фут наголошує на тому, що головний момент, який ми маємо врахувати під час моральної оцінки вчинку, це принцип "не нашкодь". Він може входити в конфлікт з іншим принципом – "надай допомогу". Якщо у прикладі вбивчих експериментів заради винайдення ліків ми чітко бачимо, як одні люди стають засобом для порятунку інших, то у прикладі з виділенням ресурсів для лікування одного пацієнта, а не п'ятох, такої закономірності немає. Смерть певних пацієнтів тут не є засобом для оздоровлення іншого. Але конфлікт між "надай допомогу" і "не нашкодь" залишається, навіть якщо взяти до уваги позицію Г. Е. М. Анскомб, згідно якої ми не чинимо зла, рятуючи когось одного з багатьох за умови обмеженості ресурсів.

Вищесказане показує, якого типу є проблема, визначена на початку нашого аналізу. Припустімо, на стабілізаційному пункті присутній лише один медик, який мусить надати допомогу кільком пораненим. Тут може бути безліч варіантів ситуації, навіть якщо йтиметься лише про двох поранених:

1) першим привезли легкопораненого, другим – важкопораненого; 2) першим привезли важкопораненого, другим – легкопораненого; 3) легкопораненого і важкопораненого привезли одночасно; 4) стан двох поранених – однаковий (якщо врахувати всі три попередні варіанти послідовності, це додасть ще пункт 5) одного з поранених привезли раніше).

Однозначно в нашому прикладі не йдеться про використання одного пораненого як засобу для порятунку іншого. Засобом буде час, який лікар приділяє кожному з пацієнтів (для спрощення не згадуємо тут про медичні ресурси, які він застосовує, припустімо, їх достатньо для всіх). Немає і проблеми наміру: лікар хоче врятувати обох, смерть чи каліцтво постраждалого, якому допомога буде надана із запізненням, виявляється побічним наслідком, окрім того, працює і зауваження Г. Е. М. Анскомб: наш лікар діє за принципом, що врятувати одного – краще, ніж нікого. Утім, наявний конфлікт між “надай допомогу” і “не нашкодь”, оскільки відтермінування стабілізації одного з поранених напевно завдає йому шкоди.

Отож, у гру входить мотивація. На відміну від наміру, вона корелює не з метою дії, а з її причиною. Згідно Г. Е. М. Анскомб, ми не чинимо зла, рятуючи одного постраждалого, а не іншого, лише тоді, коли вони пере-бувають в однакових умовах, як суб’єктивно (вони однаково важливі для нас), так і об’єктивно (їхній стан однаковий). Таким умовам відповідає лише запропонований нами приклад 4 (коли двох поранених привезли одночасно в однаковому стані). Здається, не викликає труднощів і приклад 5: якщо стан поранених однаковий, то першим ми лікуємо того, хто прибув першим. Тут, однак, все не так однозначно, як здається на перший погляд, оскільки, доки ми рятуємо першого пораненого, стан другого погіршується, тож ми, по суті, опиняємося у ситуації 1.

Тому наше головне питання: як діяти у разі необхідності вибору між першочерговим порятунком легкопораненого і важкопораненого? Підказка пролунала буквально щойно. Доки медик допомагатиме легкопораненого, стан важкопораненого стане ще гіршим. Доки він рятуватиме важкопораненого, погіршиться стан легкопораненого, який, можна сказати, також стане важкопораненим. В будь-якому разі ми матимемо допомогу і шкоду. Але в якому разі шкода буде лише побічним наслідком?

Для розв’язання цієї проблеми, потрібно врахувати ще одну обставину. Надаючи допомогу важкопораненому, лікар має менше шансів на успіх (виживання пацієнта), ніж тоді, коли надає допомогу легкопораненому. Отож, в тому разі, коли першим у черзі на порятунок виявляється легкопоранений, він радше виживе, ніж помре, коли, натомість, першим буде важкопоранений, у його виживанні немає остаточної певності, і ця певність зникатиме і щодо легкопораненого, стан якого погіршується в очікуванні. Отож, якщо мотивація лікаря – принцип “не нашкодь”, він має лікувати спочатку легкопораненого пацієнта.

Професія лікаря – сфера великої відповідальності, постійного морального вибору і вияву як чеснот, так і вад. Особливо помітним це стає у часи випробувань, зокрема війни. Совість лікаря підказує йому послідовність дій так само, як протокол. Побажаймо нашим медикам на фронті і в тилу, щоби моральні дилеми поставали перед ними щонайрідше, а принцип “надай допомогу” зміцнював і надихав.

Література:

1. Anscombe G. E. M., 1967. "Who is Wronged? – Philippa Foot on Double Effect: One Point". *Oxford Review*, no 5, p. 6.
2. Foot Ph., 1967. "The Problem of Abortion and the Doctrine of the Double Effect". *Oxford Review*, no 5, pp. 1-5.
3. Janikowski W., 2013. "Zasada podwójnego skutku, zasada moralnej symetrii i kwestia legalizacji eutanazji [The Principle of Double Effect, the Principle of Moral Symmetry, and the Issue of Legalizing of Euthanasia]". *Analiza i Egzystencja*, no 22, pp. 125-138.

Редькіна О. А.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
redkina@ukr.net

СТОРІНКА З ІСТОРІЇ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ. ГЕННА ІНЖЕНЕРІЯ ЛЮДИНИ – ДОСЯГНЕННЯ І РИЗИКИ

Сучасні дослідження та відкриття в області генетики людини мають практично революційний характер. Мова йде про можливість створення карти геному людини, або патологічної анатомії геному людини зі встановленням на довгій спіралі ДНК місцезнаходження генів, відповідальних за спадкові хвороби. Ці можливості лежать в основі ідеї генної терапії, як сукупності методів лікування або протезування дефектних генів. Вторгнення в будову та функціонування генетичних систем людини може бути здійснено на двох рівнях – соматичному й ембріональному. В зв'язку з цим виникли нові розділи медицини – ДНК-технології, ембріо- та цитотерапія, тобто внутрішньоутробна діагностика та лікування на стадіях ембріона або плода. Маніпуляції з ембріональним матеріалом мають безпосередній вплив на спадковість, тобто здатні передаватися у спадок із покоління в покоління. Далі генетична діагностика переростає в генетичну прогностику, визначаючи основи революційних змін в медицині, що отримує можливість задовго до появи клінічної картини хвороби людини, навіть до її народження, визначити які захворювання їй загрожують. Така ситуація фіксується поняттям прогностична медицина.

Генна інженерія сьогодення включає: визначення геному людини, синтез генів людини, діагностику спадкових захворювань (генодіагностика), генна терапія, створення генно-інженерних діагностичних препаратів і лікарських речовин. Початок втілення проекту "Геном людини" пов'язаний з дослідженням Комісії з атомної енергії (США), що вивчала генетичні ефекти радіоактивних речовин. У 1990 р. Департамент енергії США спільно з Національними інститутами здоров'я затвердили цей проект. Наразі це найбільший великомасштабний біологічний проект, у якому берить участь тисячі вчених десятків країн. Його мета – локалізувати кожен людський ген і визначити його специфічну структуру [1; с. 351].

Наступного року у Роквіллі (штат Меріленд) з'явився Національний інститут дослідження геному людини (National Human Genome Research Institute, NHGRI). Співробітник цієї установи Крейг Вентер (Craig Venter)

впровадив у науку метод визначення послідовності ДНК, пізніше названий “методом безладної стрілянини”, що ще називають “методом кулеметної черги” або “методом стрілянини із дробовика”. Суть методу в тому, що певну ДНК організму розбивають на безліч невеликих фрагментів, кожний з яких вводять в автомат, що визначає послідовність ДНК. Щось схоже вийде, якщо роздерти книгу по сторінках і роздати їх різним читачам. Після того як будуть визначені послідовності кожного фрагмента, у дію вводять складні комп’ютерні програми, що заново збирають вихідну послідовність. Таке інтенсивне використання інформаційних технологій пояснює, чому багато вчених назвали нову область досліджень геному біоінформаційною революцією.

До кінця 1999 р. було розшифровано понад два десятки геномів. Кожне таке досягнення вимагало визначення все довшої й довшої послідовності й було важливою віхою на шляху до визначення геному людини як такого. В червні 2000 року Крейг Вентер і Френсіс Коллінз, керівник проекту “Геном людини” в NHGRI й Національних інститутах здоров’я США, оголосили про подію, названу ними “першою збіркою генома людини”. Власне кажучи, це була перша реконструкція повного генома людини, виконана методом без-ладної стрілянини.

У лютому 2001 р. обнародували результати колосальної роботи – перший нарис геному людини. У 2003 р. було оголошено про повну розшифровку ДНК, залишалася тільки перша хромосома людини – остання з нерозшифрованих хромосом [2; с. 3].

17 травня 2006 р. дослідники Wellcome Trust Sanger Institute разом з американськими й англійськими колегами оголосили про закінчення останнього етапу роботи з розшифровки повного генома людини – секвенування найбільшої, першої хромосоми [2; 3].

Повне секвенування виявило, що людський геном містить 20-25 тис. активних генів, тобто лише 1,5% усього генетичного матеріалу кодує білки або функціональні ДНК [1, с. 352].

Це був початок. І вже на той час у галузі біоінженерії сюрпризів вистачало. Від кроликів, як мали бути менш жирними, але чомусь отримали довші язики, до худоби, яка мала стати безрогою, а натомість набула (не менше, не більше) резистентності до антибіотиків. Дослідники з Інституту Френсіса Кріка в Лондоні попереджали, що редагування генів людських ембріонів може призвести до небажаних наслідків. Проаналізувавши дані попередніх експериментів, вони виявили, що приблизно 16% мали випадкові мутації, які було неможливо передбачити під час стандартних тестів [4].

2018 рік. Дослідник з китайського Південного науково-технологічного університету у місті Шеньчжень Хе Цзянькуй створив перших генетично модифікованих немовлят в історії людства. Хоча сама заявлена мета експерименту – вроджений імунітет до ВІЛ – звучить цілком благородно, наукове співтовариство сприйняло сенсаційну новину досить неоднозначно.

По-перше, вчених обурило сам факт несанкціонованого проведення генетичного дослідження, вельми сумнівного з етичної точки зору. По-друге, їм не сподобалося, що Хе насамперед повідомив про результати свого експерименту через пресу, а не опублікував роботу в науковому журналі.

І по-третє, деякі експерти відзначають, що схожі дослідження зі зміни

гена CCR5 вже проводять на дорослих пацієнтах, заражених ВІЛ, – і не було жодної необхідності проводити досліді на ембріонах [5].

Хе Цзянькуя визнали винним у здійсненні “незаконних медичних практик” і засудили до трьох років ув’язнення [4].

Сьогодні законодавство Великої Британії забороняє зміну геному в ембріонах, але це дозволяється робити в деяких дослідженнях. Вчені можуть змінювати гени у бракованих ДНК ембріонів, якщо їх після цього відразу знищать.

У багатьох провідних фармацевтичних компаніях світу вважають, що в майбутньому генне редагування стане головним інструментом охорони здоров’я. Згідно з деякими прогнозами, в найближчі п’ять років глобальний ринок генного редагування зросте вдвічі й досягне обсягу в 6,28 мільярда доларів [6].

У 2019 р. в українському підручнику з біології для школярів вже йдеться, що основою генотерапії є методи внесення змін у генетичний апарат клітин пацієнтів з метою спрямованої зміни генних дефектів або надання клітинам нових функцій, що одним із основних інструментів для сучасних генотерапевтичних проєктів є технологія редагування ДНК – CRISPR/Cas9. За допомогою цієї системи розроблено технології для видалення ВІЛ із клітин живого організму, лікування хвороби Паркінсона, амаврозу Лебера, пухлин мозку, раку крові та ін. У світі розроблено препарати для лікування вологої дистрофії сітківки ока – однієї з найпоширеніших причин сліпоти в людей похилого віку. У 2018 році затверджено застосування першого в світі препарату, механізм дії якого пов’язаний з РНК-інтерференцією. Це патисаран для лікування спадкового амілоїдозу. В Україні розроблено метод терапії інфаркту міокарда із застосуванням інтерферуючих РНК [7, с. 234 – 235].

У 2019 року британський науковець Анна Блекні презентувала свою доповідь про технологію мРНК, яку за рік назвуть революційною. Месенджер рибонуклеїнової кислоти, або скорочено мРНК, – це одноланцюгова молекула, яка переносить генетичний код від ДНК до механізму, що виробляє білок клітини. Без мРНК ваш генетичний код не використовувався б, білки б не вироблялися й ваш організм не зміг би функціонувати. Якщо ДНК – це банківська картка, то мРНК – це зчитувач карт.

10 січня 2020 року Чжан Юнчжен, професор зоонозів (інфекційних хвороб, які поширюють тварини) з Китайського центру контролю та профілактики захворювань у Пекіні, секвенував геном Covid-19 і опублікував його наступного дня.

11 березня ВООЗ оголосила Covid-19 пандемією. 16 березня розпочалися клінічні випробування першої мРНК-вакцини, в якій використали послідовність Чжан.

Управління з контролю за якістю продуктів і медикаментів США схвалило вакцину Pfizer-BioNTech 11 грудня 2020 року. У зв’язку з пандемією Covid-19 термін “мРНК-вакцина” став відомим широкому загалу. Багато хто отримав саме таку вакцину від компаній Pfizer-BioNTech та Moderna [8].

Успішне завершення проєкту “Human Genome Project” дало багато переваг дослідникам, включаючи способи ідентифікації генетичних варіантів, які підвищують ризик таких поширених захворювань, як рак і діабет. Це допоможе дослідникам зрозуміти хвороби, зокрема: генотипування специфічних вірусів для безпосереднього лікування; ідентифікація мутацій,

пов'язаних з різними формами раку; еволюцію хвороб; розробка препаратів і більш точне прогнозування їх дії. Генна терапія передбачає додавання нових функціонуючих генів у клітини, які були відсутні чи несправні шляхом інактивації/відновлення наявних генів.

Гени можуть бути доставлені до клітин різними способами включаючи вірусні вектори, які є спеціальними вірусами, що були модифіковані для перенесення нового гена в клітини, і невірусні методи (трансфекція), такі як електропорація чи пряме введення ДНК. Інколи генна терапія – це єдино можливий шлях продовження життя людини та підвищення його якості, зокрема у випадках, які раніше вважалися безнадійними. Генно-інженерні технології дозволяють активно маніпулювати з генами і забезпечувати адресну доставку нових блоків генетичної інформації в задані ділянки геному, що створює перспективи для ефективного лікування різної патології. Передбачається, що генотерапія може бути використана для лікування хвороби Паркінсона, депресії, синдрому Ангельмана та ін.

Щоб досягнути певних цілей в генній інженерії використовують: соматичну генотерапію (при якій трансген вводять в соматичні клітини й вони не потрапляють у статеві); фетальну генотерапію (чужорідну ДНК вводять в зиготу або ембріон на ранній стадії розвитку для передачі потрібної інформації всім клітинам і наступним поколінням також); активацію власних генів організму (пригнічення мутантного гена).

Найновіші дані про операцію з використанням генотерапії безпосередньо в мозок отримано від лікарів медичного центру Sheba Tel-HaShomer (Ізраїль). У квітні 2023 року пацієнту з Індії з аутосомно-рецесивним генетичним захворюванням – дефіцитом декарбоксилази ароматичних амінокислот – проведено найдорожчу операцію в Ізраїлі [9].

Досить гострими залишаються питання потенційних ризиків та побічних ефектів генної терапії:

- Імунна відповідь: організм може мати імунну відповідь на терапевтичний ген або вектор доставки, що може викликати запалення, лихоманку або інші симптоми.

- Нецільовий ефект: терапевтичний ген може ненавмисно модифікувати інші гени в організмі, що призводить до небажаних наслідків.

- Токсичність: вектор доставки або терапевтичний ген можуть бути токсичними для клітин або тканин, що призводить до пошкодження або несприятливих ефектів.

- Інфекція: використання вірусів або інших переносників може збільшити ризик інфікування.

- Рак: генна терапія асоціюється з підвищеним ризиком раку, хоча цей ризик є низьким.

Важливо відзначити, що ризики та побічні ефекти генної терапії все ще вивчаються, і багато з цих потенційних ризиків можна зменшити за допомогою вдосконалених методів доставки та протоколів безпеки. Ретельний моніторинг і подальше спостереження також важливі для пацієнтів, які проходять генну терапію [10].

А які ж етичні міркування щодо генної інженерії? В першу чергу занепокоєння щодо потенційних небажаних наслідків, справедливого

розподілу нових методів лікування та впливу генетичної модифікації на майбутні покоління. З іншого боку, жодних гарантій, що подальші дослідження в області генної інженерії не призведуть до створення штучної людини по заданим вибірковим параметрам. У складному сплетінні ідей за такою можливістю стоїть реальність космічної по своїм масштабам влади над людиною і цією владою усувається Бог.

Фантастика 30-х років (згадайте “О предивный новый світ” О. Хакслі) обертається реальністю 90-х років ХХ ст., як існування в Каліфорнії (США) Репозиторію гармонійного вибору, де збирають і зберігають сперму, в тому числі Нобелівських лауреатів, з метою її використання для отримання потомства, що має високі здібності.

Основна мета медицини, що визначає напрямок та розвиток біомедицинської теорії і практики – позбавлення людства від страждань, але завдання медичної генетики – турбота про конкретних людей, про конкретні сім’ї починає реалізуватися поза традиційного предметного поля медицини. А саме, на рівні вторгнення у функціонування генетичних систем людини та втручання в ембріональний матеріал.

Література:

1. Основи біоетики та біобезпеки: підручник / О. М. Ковальова, В. М. Лісовий, Т. М. Амбросова, В. І. Смирнова. – 2-е вид., випр. – К.: ВСВ “Медицина”, 2017. – 392 с.
2. Арбалет М. Проект «Геном людини» (Human Genome Project). Ukraine – Distributed computing Team: веб-сайт. URL: <https://distributed.org.ua> (дата звернення 18.05.2025 р.)
3. Gregory S. G. et al. The DNA sequence and biological annotation of human chromosome 1. Nature. – URL: <https://www.nature.com> (дата звернення 18.05.2025 р.)
4. Зарія Горветт. Як генетичні помилки можуть змінити людину? BBC. – URL: <https://www.bbc.com/ukrainian> (дата звернення 19.05.2025 р.)
5. Воронін М. Китайський професор оголосив про народження генетично модифікованих дітей. BBC. – URL: <https://www.bbc.com/ukrainian> (дата звернення 18.05.2025 р.)
6. Чи варто дозволити змінювати людські ембріони? BBC. – URL: <https://www.bbc.com/ukrainian> (дата звернення 19.05.2025 р.)
7. Біологія і екологія (рівень стандарту): підруч. для 11 кл. закл. заг. серед. освіти / В. І. Соболев. – Кам’янець-Подільський: Абетка, 2019. – 256 с.
8. Смедлі Т. Як мРНК-вакцини зробили революцію в медицині. BBC. – URL: <https://www.bbc.com/ukrainian> (дата звернення 19.05.2025 р.)
9. Власова К. Генотерапія та її перспективи. Буковинський державний медичний університет. – URL: <https://www.bsmu.edu.ua> (дата звернення 19.05.2025 р.)
10. 10 найпопулярніших питань про генну терапію. Prisy Biotech. – URL: <https://ua.prisybiotech.com>. (дата звернення 19.05.2025 р.)

**СЕКЦІЯ VI.
ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ
В СОЦІАЛЬНО-ГУМАНІТАРНОМУ ДИСКУРСІ**

Васюк І. В.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
irina_nina@ukr.net

**СПЕЦИФІКА ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТІСНИХ І ПРОФЕСІЙНИХ
ЯКОСТЕЙ МАЙБУТЬОГО ФАХІВЦЯ В ГЛОБАЛІЗОВАНОМУ СВІТІ**

Глобалізаційні процеси, техніко-технологічний прогрес, невпинна інформаційна революція зумовлюють структурну перебудову економіки, бурхливий розвиток науки й розширення комунікативних зв'язків у різних сферах життєдіяльності людства на міжнародній арені. Наша мета полягає у визначенні можливих траєкторій розвитку вищої освіти України в контексті специфіки сучасної транснаціональної соціальності, визначенні вимог і запитів від фахівця глобального суспільства, процесів самовизначення молоді України в умовах війни.

Безсумнівно, важливим наслідком технологічної революції стало зростання потреби у фахівцях з якісною вищою освітою, а також складними професійними компетенціями, високими кваліфікаційними навичками, високо-розвиненою особистісною сферою, що і є основою *економіки знань особистості професіонала*. Преамбулою формування парадигми економіки знань стала низка економічних, політичних і культурних перетворень. Утім, вербалізація її основних положень відбулася в 60-х роках ХХ ст. в роботах М. Блая і Т. Шульца. Вони наголосили на визначальній ролі людини як носія професійного та універсального знання у розвитку економіки [1; 2, с. 48; 3, с. 69].

В умовах становлення інформаційного суспільства цінність знання зростає, тому можливий прогрес пов'язується з його носіями, особливо з "креативним класом", – людьми, здатними не лише до застосування набутих знань і навичок, а й до створення принципово нового інтелектуального продукту, тобто з його творцями.

У результаті стрімкого розвитку набула економіка знань, *ринок освітніх послуг*, а атрибути ринкових відносин перемістилися і у сферу освіти, де вони набули досить складної багатовимірної логіки застосування, змушуючи ЗВО втримувати баланс між, з одного боку, культурною і гуманітарною місією – навчання, виховання молодого покоління і наукової діяльності, а з іншого – виживання в умовах ринкової економіки.

Університетська освіта орієнтована на покращення "людського капіталу", створює підґрунтя для забезпечення людини вигіднішою роботою, що в перспективі має сприяти ефективнішому (ширшому і різноманітнішому) споживацтву. Тенденції кореляції соціального статусу і споживацтва особливо відчутними стали наприкінці ХХ – на початку ХХІ ст., з розвитком інформаційного суспільства, коли університетська освіта виявилася запорукою вертикальної соціальної мобільності [12].

Цей приклад добре ілюструє й іншу тенденцію: поділ вузів на “звичайні” й “елітарні”. Щоб бути проданими, певна послуга чи товар мають мати достатній рівень якості, що досягається стандартизованим набором матеріалів, технологій, а також знань і навичок професіоналів, які створювали цей продукт чи послугу. Достатній рівень якості освіти орієнтований на середній сегмент споживача освітніх послуг. Елітний продукт чи послуга потребують інакших інтелектуальних і часових вкладень, тому недоступні середньому сегменту споживачів цього ринку. Утім, елітарність актуалізує дискурс унікальності, значно підвищуючи освітній стандарт. Суспільні очікування від такої освіти теж перебувають в іншій площині – підготовка еліти, що формує “верхівку” соціальної піраміди. Споживацтво в освіті передбачає калькуляцію освітніх послуг з позицій більшої чи меншої споживчої вартості, коли ці послуги можуть бути виражені в міновій вартості, наприклад, плата за рік навчання в університеті прирівнюється до вартості автомобіля або відпочинку за кордоном. Утім, як засвідчує історія, і в цьому випадку спостерігаються певні винятки, що стаються під час революційних суспільних трансформацій, коли вагомого соціального статусу можуть набути спритні й метикуваті, хоча й без університетського диплому, люди.

Освіта виступає відтермінованим у часі капіталовкладенням, орієнтованим на довготривалий прибуток, хоча у світлі сучасних ринкових колізій ці сподівання не завжди виправдовуються. Конкуренція за потенційних студентів, що перейшла у дискурс боротьби за клієнтів, вийшла за межі окремих галузей чи країн і відбувається на глобальному рівні через систему рейтингів університетів, у тому числі як важель боротьби за фінансово спроможніших абітурієнтів.

Глобалізація освіти передбачає прийняття національними системами освіти відповідних універсальних конвенційних принципів світового освітнього співтовариства. Назвемо найважливіші з них: прагнення до демократизації освіти, що виражається в обов'язку забезпечення права на освіту всім бажаним у навчальному закладі будь-якого типу незалежно від його расового, національного стратифікаційного, статевого тощо факторів; поєднання глобальної орієнтації і національних традицій в освітньому процесі; зростання частки населення, яка має вищу освіту (так би мовити, масовізація вищої освіти); наступництво ступенів і рівнів освіти; надання автономності та самостійності вишам; створення м'якої, але ефективної системи взаємодії вишів та органами управління системою освіти; освіта як пріоритетний об'єкт фінансування в розвинених країнах; неперервність навчання; збільшення спектра і варіативності навчально-організаційних заходів, спрямованих не лише на навчання, а й на розвиток особистості студента; розвиток і диверсифікація ринку освітніх послуг; інклюзивна освіта для молодих людей з обмеженими можливостями; значна увага, зацікавленість і підтримка обдарованої молоді, максимальне сприяння розвитку їхніх талантів тощо. Дослідник В. І. Андріяш стверджує, що “глобалізація є однією із форм суспільної свідомості, яка виникає тоді, коли люди розглядають себе як частину дійсно глобального цілого і відповідно приймають універсальність культурних смислів. Тобто процеси глобалізації призводять до суттєвих змін

у психіці та моделях поведінки людей, оскільки, “як правило, люди тяжіють до ідентифікації себе з якоюсь певною, чітко визначеною локальністю (етнічно-культурною або принаймні географічно-територіальною), і ці механізми ідентифікації базуються на протиставленні “свої-чужі” [4, с. 94]. У такому сенсі глобалізація провокує кризу ідентичності та стимулює необхідність пошуку нової, заснованої на глобальному, планетарному мисленні.

Головний виклик глобалізації – загроза втрати національної ідентичності країн на “користь” космополітизму, вестернізації, стандартизації, уніфікації традиційних культур в умовах інформаційної нерівності. Крім того, глобалізований світ – це відкритий світ, але не рівний. “Соціальна стратифікація держав поглиблюється тим стрімкіше, чим швидше відбувається викачування із відсталих країн матеріальних, фінансових, інтелектуальних, людських ресурсів і талантів” [13, с. 61]. За таких умов відсталі країни тепер залишаються відсталими назавжди. І хоча в сучасності відносини з країнами третього світу позбавлені рис традиційного рабства колоніальної епохи, але вони залишаються значною мірою не захищеними від наслідків глобалізації. Щодо проблем етики глобалізованого суспільства, то очевидним є факт, що перекачування кваліфікованої робочої сили з країн, що розвиваються, не сприймається в західних суспільствах як етична проблема. Уряд і громадськість західних держав здебільшого турбує лише те, щоб у міграційному потоці впорядкувати “робочу” міграцію від міграції фахівців високого класу. Розвиток держави сьогодні, як ніколи раніше, залежить від системи освіти. Не може бути в країні, відсталій технічно, технологічно та фінансово, сучасної та відповідної викликам часу системи освіти, та й навпаки – там, де система освіти базується на застарілих принципах індустріального суспільства та фінансується за остаточним принципом, не може бути розвиненої держави з гарними перспективами у глобалізованому та інформатизованому світі [5].

Ще одним атрибутом економіки знань є гнучкість і сумісність різних форм фінансування сучасних ЗВО. Приміром, загалом щорічно у країнах, що належать до Єврозони, видатки на освіту становлять 1,13 % [6]. У 2006 р. 19 країн ЄС спрямували на розвиток системи вищої освіти 1,3 % ВВП, з яких 1,1 % надала держава, а 0,2 % – приватні джерела. Загальні видатки (із державних і приватних джерел фінансування) з розрахунку на одного студента становлять в середньому в 27 країнах ЄС 8,4 тис. євро на рік [6]. Додамо, що приватні джерела фінансування є досить різноманітними: пожертви місцевих меценатів, громадських організацій, батьків студентів, що навчаються у ЗВО, колишніх його випускників тощо.

Щодо викликів та загроз безпосередньо до системи освіти, то більшість дослідників вважає, що вони носять переважно аксіологічний характер. Окреслимо потенційні загрози з боку глобалізації для рівномірного прогресивного наукового, економічного, освітньо-професійного, фахового, культурного розвитку країн, учасниць світової спільноти. Насамперед, це зміщення акцентів в усвідомленні освіти і науки та формування нової концепції їх розуміння як елементів ширшої “індустрії знань” з використанням знання як одного з економічних ресурсів. Освіта розуміється як приватне благо, яке приносить користь тим, хто навчається, а тому освіта повинна оплачуватися

як і інші послуги, тому що надання знання стає однією з комерційних угод. За таких умов освіта перетворюється на товар, що може знижувати її самоцінність через її масовізацію. Ще одна загроза – професіоналізація, адже академічна освіта опиняється під ударом, а цінність університетської освіти визначається за зовнішніми показниками, такими, як працевлаштування випускників, їх соціальний статус, посада, заробітна платня тощо. За таких умов без належної уваги з боку держави страждають фундаментальні науки та зникають наукові школи, скорочується склад викладачів за рахунок найбільш досвідчених науковців. Несе загрозу факт комерціалізації продукції наукових досліджень з орієнтацією на проведення фінансованих, проблемно-орієнтованих науково-дослідних розробок на противагу фундаментальним академічним дослідженням [7, с. 307].

З. Бауман розмірковував про таке явище як пост-академічні університети. Цитуючи його, ці університети, що становлять “вulgарну суміш середньовічного академічного ритуалу, спеціалізація, брутальне та бездумне заперечення ролі гуманітарних наук у сучасному суспільстві, менеджеризм і дрібязковість створюють чудові умови для такого пост-академічного університету майданчик для потужного тиску з боку технократичних сил, що вдають з себе справжні голоси свободи і демократії, хоча орієнтовані, передусім, на ринок формами детермінізму і фаталізму, що не залишають місця для надії на будь-яку альтернативу, включаючи критичне мислення і самоаналіз” [8, с. 14].

Значної уваги потребують проблеми дезадаптаційних процесів у молодіжному середовищі, детерміновані безробіттям, диспропорціями і браком чітких механізмів регулювання на ринку праці, її оплати, реального становища висококваліфікованих спеціалістів та ін. Їх ігнорування провокує прояви різноманітних форм девіантної поведінки [9, 159]. В. Вашкевич справедливо вважає, що суспільство у стані трансформації потребує людей з визначеною громадянською позицією, спроможних активно впливати на поступальний розвиток держави [10, 13]. Загострюється необхідність створення сприятливих умов для професійної, творчої самореалізації особистості в суспільстві, зокрема ускладнюються процеси самовизначення й успішної самореалізації населення, особливо молоді в умовах війни. Саме тому головний виклик глобалізації – визначення шляхів подолання проявів соціальної аномії, а саме: нагальна потреба модернізації системи освіти в напрямі створення високотехнологічної економіки знань та конкурентоспроможного фахівця всередині держави, який буде готовий до самовідданої праці в умовах післявоєнної відбудови.

Щодо перспектив повернення у майбутньому біженців з України, пов'язаного з війною росії проти України, то за даними Eurostat, станом на 31 липня 2024 року статус тимчасового захисту в ЄС мали трохи більше 4,1 млн громадян України. За даними Агентства ООН у справах біженців, до Європи з початку вторгнення виїхали більше 6 млн українців. Найбільше українських біженців (понад 1 млн) сьогодні перебувають у Німеччині, значна частина їх виїхали до Польщі, Чехії, Словаччини та інших європейських держав.

Затяжний характер війни та невизначеність щодо долі України значно впливають на настрої українських громадян за кордоном. Опитування Центру

економічної стратегії свідчать, що частка біженців, які планують повертатися, дедалі знижується (рис. 1). Відповідно росте частка тих, хто не хоче повертатися. За даними дослідження, 2/3 біженців задоволені своїм життям у країні перебування, і лише третина не планують отримувати громадянство іншої країни (19% уже мають його або подали відповідні документи). Головним фактором повернення залишається безпека (більшість планують повернутися, коли закінчиться війна).

Інтеграція українських біженців до ринку праці країн перебування значно залежить від політики відповідних країн. Наприклад, більше 60% українських біженців у Данії, Польщі, Нідерландах, Чехії офіційно працевлаштовані. Натомість у Німеччині лише 20% українців працездатного віку мають роботу [11].

Рисунок 1. Чи плануєте ви повернутися в Україну?

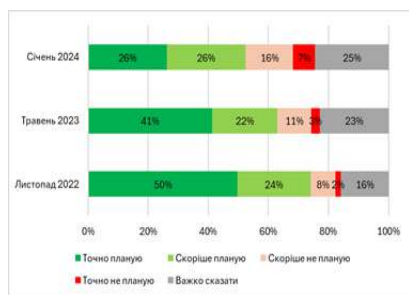
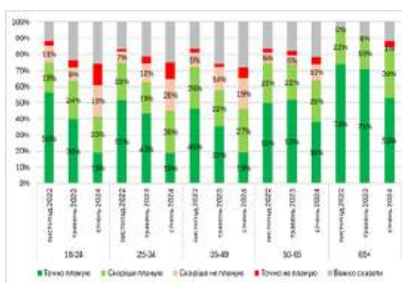


Рисунок 2. Чи плануєте ви повернутися в Україну? (розподіл за віком)



Джерело: опитування Центру економічної стратегії [11].

Наведені дані на рис. 2, засвідчують, що значну частину біженців складають люди працездатного віку. За даними Центру економічної стратегії, серед дорослих відносно більшість (42%) становлять жінки у віці 35-49 років. Майже третина українських біженців (32,4%) – діти. Росте й число чоловіків, що виїхали України на початку повномасштабного вторгнення. На цей момент, 22,4% дорослих чоловіків отримали тимчасовий захист на території ЄС [11]. Дані дослідження свідчать про поступове зниження намірів повернутися, особливо серед молоді. Найбільша частка охочих повернутися у майбутньому до України – категорія 65+, проте вже й серед них є ті, хто цього не планує. Імовірно, й надалі ця тенденція поглиблюватиметься. Як варіант, біженці можуть залучатися до українських справ (наприклад, діаспора може бути в авангарді іноземних інвесторів, які прийдуть до України). Тому уряду й приватним організаціям варто мати стратегії та/або плани роботи з українцями, які живуть за кордоном [11].

На жаль, за даними наведеного дослідження, маємо невтішну статистику щодо зростання частки біженців працездатного віку, які взагалі не планують повертатися до України. Відповідно, у майбутньому Україна не може розраховувати на відновлення продуктивної робочої сили на своїх теренах і, відповідно, не очікується демографічного підйому, пов'язаного з народженням дітей від тієї частки сучасних школярів (їх нараховується 32,4 %), які б потенцій-

но могли б повернутися на батьківщину. Ймовірно, перспектива вирішення проблеми рівномірного розподілу робочої сили, оптимального забезпечення кваліфікованими кадрами різного профілю для майбутнього економічного й соціального відновлення та сталого розвитку України залишається невітійною.

Література:

1. Блауг М. Економічна теорія в ретроспективі / Пер. з англ. І. Дзюб. – К.: Вид-во Соломії Павличко "Основи", 2001. – 670 с.
2. Shultz T. Investment in Human Capital / Economic Growth – an American Problem. Englewood Cliffs, 1964. – P. 48.
3. Shultz N. Human Capital: Policy Issues and Research Opportunities. In: Human Resources / Fiftieth Anniversary Colloquium VI. – N.Y., 1975. – P. 69.
4. Андріяш В. І. Державна етнополітика України в умовах глобалізації: монографія. – Миколаїв: Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили, 2013. – 328 с.
5. Мульська О. П. Міграційні процеси & економічне зростання: теорія каузальності та практика ефективного управління: монографія. Державна установа "Інститут регіональних досліджень імені М. І. Долишнього НАН України", Львів, 2022. – 472 с.
6. Warden R. Funding for Europe's universities rising, but not enough. *University world news. Europe edition*. – URL: <https://www.universityworldnews.com/special-report.php?publication=global>
7. Ylijoki O.-H. Entangled in Academic Capitalism? A Case-study on Changing Ideals and Practices of University Research, Higher Education. – 2003. – Vol. 45, no 3. – P. 307-335.
8. Бауман З., Донскіс Л. Плинне зло. Бауман З., Донскіс Л. Плинне зло. Життя без альтернатив. Київ: Дух і Літера, 2017. – 216 с.
9. Вашкевич В. Формування та розвиток історичної свідомості студентської молоді в Україні в період суспільних трансформацій (соціально-філософський аналіз) аналіз: дис. док. філос наук: 09.00.03 - соціальна філософія та філософія історії. Ін-т вищ. освіти АПН України. Київ, 2007. – 380 с.
10. Вашкевич В. М. Історична свідомість студентської молоді: ціннісно-світоглядні орієнтири. Навчальний посібник для вищ. навч. закл. Київ: Світогляд, 2010. – 274 с.
11. Мандзій А.-М. Скільки українських біженців за кордоном планують повертатися в Україну? // Вокс Україна. 17 січня 2025. – URL: <https://voxukraine.org/skilky-ukrayinskyh-bizhentsiv-za-kordonom-planuyut-povertatysya-v-ukrayinu>
12. Васюк І. В. Проблема формування цілісності людської особистості в умовах трансформації вищої освіти // Філософія релігії та медицини в постсекулярну добу: матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф., присвяченої пам'яті свт. Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького). – К.: НМУ ім. О. О. Богомольця, 2022. – С. 99-103.
13. Силадій І. М. Розвиток освіти в контексті основних викликів глобалізації // Освітній дискурс: збірник наукових праць, 27(10), 2020. – С. 61-69.

ПРОФЕСІЙНА МЕДИЧНА КУЛЬТУРА В ІНФОРМАЦІЙНОМУ СУСПІЛЬСТВІ: ВИКЛИКИ І ПРІОРИТЕТИ

Про перспективи глобальних і революційних змін, позначених зламом не лише усталених соціальних інституцій, але й переходом до нового типу суспільства в цілому, розмірковували науковці та філософи вже в середині ХХ століття: Маршалл Маклуен (концепція “глобального села”), Елвін Тоффлер (концепція “третьої хвилі” – суперіндустріального суспільства), Джон Кеннет Гелбрей (концепція “економіки просочування”), Ентоні Гідденс (теорія “структурації”). Закономірно, що концепція “постіндустріалізму” склалася також в середині ХХ століття і тісно пов’язана з ім’ям професора соціології Гарвардського університету Даниеля Белла (Болоцького) (1919-2011). Саме на VII Міжнародному соціологічному конгресі у 1970 році Даниель Белл оприлюднив свою концепцію “постіндустріального суспільства”, а три роки по тому (1973 р.) опублікував і монографію “Настання постіндустріального суспільства” [1], у якій визначив базові його характеристики.

Постіндустріальна система суспільства за Д. Беллом характеризується відповідними ознаками і охоплює всі сфери життєдіяльності суспільства. Згідно цієї концепції:

- у такому суспільстві індустріальна економіка поступається місцем економіці обслуговування, що супроводжується зміщенням пріоритетів від виробництва товарів до виробництва послуг таким чином, що виробництво товарів визначається залежним від характеру запиту на сервіс;

- впровадження робототехніки, штучного інтелекту та управління технологіями впливає на зміну методів контролю у суспільстві у якому вітаються: гнучкість, відкритість, емпатійність, креативність, готовність і здатність до навчання, інтегративність і робота в команді;

- інформаційне суспільство, як новий етап розвитку людства, визначається високим рівнем технократизму, наукоємністю, інноваційністю, а від того і вагомістю освіти і науки з пріоритетом теоретичних знань;

- на цьому тлі провідна роль в інформаційному суспільстві належить теоретичним інноваційним знанням як основи ново-змін в усіх сферах людської діяльності при прийнятті рішень на засадах нових «інтелектуальних технологій» в економіці, в політиці, в освіті і в цілому в соціальній сфері, а отже і в медицині.

Сучасне українське суспільство відкрите до таких ново-змін. Як відомо, урядом України вже схвалено п’ятирічну Концепцію розвитку електронної охорони здоров’я і цього року Міністерство цифрової трансформації України святкує своє п’ятиріччя. Концепція “держава в смартфоні” реалізується завдяки цифровій платформі “Дія,” дія-центри якої декларують: “Сучасний державний сервіс у кожному куточку України. Мережа місць, де можна отримати всі необхідні протязом життя адміністративні послуги. Без черг. Без біганини. Без зайвих довідок” [2]. Нещодавно ініціатор електронного сервісу державних послуг “Дія”,

який нині очолює Міністерство цифрової трансформації України М.А. Федоров, повідомив про нові плани і початок співпраці очолюваного ним міністерства з Міністерством охорони здоров'я України над реалізацією проекту надання нової послуги в "Дії" до якої надходять пацієнту не лише електронні направлення до лікаря, але й номер рецепту та код його погашення, затвердження плану лікування, запити на доступ до даних і згоду на обробку персональних даних тощо. Наразі вже функціонує 13 інформаційно-комунікаційних систем та 45 реєстрів і триває подальший розвиток нових, які вважаються необхідними для подальшого забезпечення функціонування сфери охорони здоров'я в цілому.

Варто звернути увагу, що функціонуюча українська багатокомпонентна інформаційно-телекомунікаційна система, відома назвою як "Електронна охорона здоров'я" (е-здоров'я, eHealth), вже забезпечує автоматизацію ведення обліку в Україні не лише медичних послуг, але й управління медичною інформацією в електронному вигляді і офіційно декларується як "екосистема інформаційних відносин учасників медичного середовища держави, які базуються на економічно ефективному та безпечному використанні інформаційно-комунікаційних технологій, спрямованих на підтримку системи охорони здоров'я, включаючи медичні послуги, профілактичний нагляд за здоров'ям, медичну літературу та медичну освіту, знання та дослідження" [3]. Розробка цієї системи, відомої ще як е-здоров'я або ж eHealth, стартувала у 2017 р., а повноцінне її впровадження відбулося у 2020 р. Важливо відзначити, що згідно задекларованого у ній до учасників медичного середовища держави в eHealth відносяться не лише професійні фахівці, що надають професійну медичну допомогу та медичні послуги пацієнтам, але й самі пацієнти та їх родичі. Проте суб'єктами, які надають медичну допомогу та медичні послуги були і залишаються саме фахові лікарі як суб'єкти і носії професійної медичної культури. Професійна медична культура вирізняється з-поміж інших і її характер визначається особливостями професійної діяльності фахівців медичного профілю і її вміст у повній мірі знаходиться в залежності не лише від вже набутого культурного спадку, але і від тих ново-змін, які визначають характер і структуру суспільства.

Культура як соціальний феномен, який формується в суспільстві за безпосередньої участі її представників (носіїв), визначає і формує його потреби і пріоритети. Сучасне ж постмодерне інформаційне суспільство, як складна соціальна система, складається із різноманітних спільнот, кожній з яких відповідає та форма культури, яка об'єднує її носіїв за спільними системно-ціннісними орієнтирами і знаходиться в залежності від того, які саме соціальні стосунки об'єднують представників цієї спільноти в одне ціле. Професія і є одним із тих чинників, який здатен об'єднати і об'єднує, виділяючи з-поміж інших, представників конкретної професії в такого типу професійну спільноту. Професійна спільнота фахівців медичного профілю об'єднується і визначається власною професійною медичною культурою.

Кожна професійна культура формується на основі мети, спільних цінностей, норм, символів, стандартів поведінки, ідеалів та переконань, що відповідають тій чи іншій професійній групі людей. У медичній царині також сформувалися власні особливості [6]. На формування професійної культури

кожного конкретного її носія значний вплив мають: професійна освіта та підготовка, закріплені вміння і навички лікаря. Проте, на сучасному етапі розвитку постіндустріального суспільства наукоємність і впровадження нововведень, які, як слушно зазначав Е. А. Кальницький, знаходяться у все більшій залежності від досягнень теоретичного знання [4, с. 139], безпосередньо впливають на динаміку розвитку професійної медичної культури, на її структуру, на наповнення змістом не лише навчальних програм для майбутніх фахівців медичного профілю, але й на організацію діяльності, мотивацію, контроль та координацію всіх необхідних людських, фінансових та технологічних ресурсів включно із запровадженням ефективного менеджменту для досягнення поставленої мети – забезпечення громадян належною медичною допомогою на сучасному етапі розвитку суспільства [5].

Проте, зазначені пріоритети розвитку інформаційного суспільства формують і виклики, породжені його відвертим технократизмом, пристрасстю до ново-змін і відірваністю від природнього. В професійній медичній культурі до таких викликів, які поставили нові або ж загострили вже попередньо сформульовані питання, можемо віднести наступні:

1. Безперервність професійної медичної освіти. З якою ціллю, яким чином і яким ресурсом має бути забезпечена безперервність професійної освіти медичного працівника на час виконання ним своїх професійних обов'язків?

2. Інтегративні технології у навчанні та зміна підходів до оцінювання знань. Які переваги має використання інтегрованих технологій у навчанні? Які критерії оцінювання знань є ефективнішими?

3. Клінічне мислення. Як під час навчання створювати ситуації та оточення максимально наближені до практичних та \ або клінічних (сценаріїв)? Хто задля вирішення цієї проблеми краще зможе допомогти: віртуальний чи стандартизований пацієнт?

4. Імідж як публічне "Я" лікаря. Чому важливо зважати на проблему формування професійного іміджу лікаря, яка його ціль і відмінність від професійної репутації?

5. Інформаційно-комунікаційні технології в професійній медичній культурі. Де межа і якою є міра у використанні інформаційно-комунікаційних технологій у професійній діяльності лікаря та у функціонуванні системи Охорони здоров'я в цілому?

6. Соціальна взаємодія і командна робота в професії лікаря. Чому в професійній діяльності лікаря важлива командна робота? У якій мірі класичні принципи професійної медичної етики можуть \ мають бути скореговані на тлі соціальних ново-змін?

7. Міжособистісні професійні відносини та сучасні моделі медичної взаємодії. Яка модель міжособистісних відносин здатна найефективніше забезпечити виконання професійних обов'язків лікарем?

8. Конфлікт, його форми і шляхи вирішення в професійній медичній діяльності. Які шляхи вирішення конфліктів в професійній медичній діяльності будуть найбільш успішними і за яких обставин? Як навчитися управляти конфліктом?

9. Емпатія в професійній медичній культурі як складова клінічного

мислення. Яке місце емпатії в біо-психо-соціальній моделі пацієнто-орієнтованого підходу?

10. Професійне вигорання. Які є причини та фактори ризику професійного вигорання медичного працівника? Якою має бути профілактика і шляхи подолання професійного вигорання медичного працівника?

Пошук відповідей на цей далеко не повний перелік питань триває і вимагає системного підходу у вирішенні.

Література:

1. Bell D. (1973), "The Coming of Post-Industrial Society. A Venture in Social Forecasting", New York, 234 p
2. Дія. Державні послуги онлайн. Платформа центрів. – URL: <https://center.diiia.gov.ua/about-cnnp>
3. Міністерство охорони здоров'я України. Офіційний сайт. – URL: <https://moz.gov.ua/uk/news/ehealth>
4. Кальницький Е. А. (2013), "Концепція постіндустріального суспільства Деніела Белла як підґрунтя формування концепцій інформаційного суспільства", *Вісник Національного університету "Юридична академія України імені Ярослава Мудрого". Серія: Філософія, філософія права, політологія, соціологія: зб. наук. пр.*, Харків, № 5. С. 137 – 142.
5. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, 19 с. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
6. "Професійна культура: сутність, фахові особливості, розвиток: колективна монографія" / кол. авт.; відп. ред. Г. Є. Улунова. – Суми: Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. – 300 с.

Вячеславова О. А.,
НМУ імені О.О. Богомольця,
viacheslavovael@gmail.com

ФОРМУВАННЯ КРИТИЧНОГО МИСЛЕННЯ В МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ: ФІЛОСОФСЬКІ АСПЕКТИ

Відповідно до компетентнісного підходу, визначеного Стандартом вищої медичної освіти в Україні, однією із важливих цілей ЗВО є формування у студентів-медиків загальної компетенції критичного мислення. В сучасному вітчизняному освітянському просторі склався певний фаховий дискурс щодо зазначеної задачі. Загальною ознакою його є те, що обговорення критичного мислення в аспекті компетентнісного підходу завдає цілковите домінування педагогічної проблематики в наукових розвідках, присвячених переважно визначенню ефективних навчальних методів, технологій, прийомів розвитку критичного мислення у майбутніх лікарів [1, 2, 3, 4]. Разом з тим, продуктивним

було б одночасне фокусування уваги на лікарському критичному мисленні в контексті більш фундаментальної проблеми – проблеми клінічного мислення, оскільки, за визнанням фахівців, критичне мислення є ключовою ланкою клінічного мислення лікаря [5, с.104]. Така перспектива передбачає залучення філософського підходу. Обидва підходи мають взаємно-додатковий характер: психолого-педагогічний вимір створює певні підстави для визначення міри, в якій здобувачі освіти опанували компетенцією і є *здатними / нездатними* реалізовувати її; філософський *діяльнісний* підхід наголошує на тому, що критичне мислення є міждисциплінарним багатовимірним феноменом філософської генези, комплексом стратегій, тактик, процедур, актів ефективної трудомісткої раціональної *мисленнєвої діяльності*, яка не є “само собою зрозумілою”, і якщо ми хочемо сприяти розвитку критичного мислення, то мусимо вміти виявляти і піддавати осмисленню і практичному опрацюванню як загальні епістемологічні та аксіологічні настанови пізнання та мислення, так і окремі ланки (процедури мислення), які потребують найбільшої уваги з метою їх корекції і практичного набуття цієї фахової когнітивної навички.

Поміркувати над цим питанням спонукають деякі результати щойно опублікованого фахівцями опитування лікарів-здобувачів післядипломної освіти [2]. Зокрема, визначаючи на основі запропонованих варіантів відповіді найбільш характерні властивості критичного мислення, респонденти відвели рефлексивності останнє місце (обрали лише 20,62% опитуваних) [2, с.93], в той час як за всіма класичними працями теоретиків критичного мислення, починаючи від Д. Д'юї, саме рефлексія є базисною процедурою критичного мислення [6, с.130-133]. Не вважаючи за можливе інтерпретувати результат опитування виключно в негативному ключі, зазначимо деякі моменти, важливі для вірного розуміння одержаного результату.

По-перше, будь-який лікар завжди користується тими чи іншими методами критичного мислення, незалежно від того, піддає він їх додатковому осмисленню чи реалізовує на рівні автоматизму та інтуїції: в алгоритми діагностичної і лікувальної діяльності “запаковані” певні правила, закони, норми, схеми раціональних процедур логіки, яка є основою критичного мислення. По-друге, поняття “рефлексія” в сучасному знанні розширилось, сягнувши за межі традиційного філософського розуміння рефлексії як “мислення про мислення”, спрямованості мислення на само себе (метамислення, метапізнання), через що застосування його вимагає певних смислових уточнень. В XX-XXI століттях рефлексія була предметом вивчення та інтелектуальним інструментом думки в різних галузях людського знання і практичного застосування: в економіці і соціології, в педагогіці і управлінні, в конфліктології та психології, антропології, природознавстві і техніці. Похідність рефлексії від практики, від тих ситуацій людської діяльності, коли практичне функціонування стикається з проблемами і неможливістю реалізації норми, з утрудненнями, які необхідно подолати, започаткувало можливість розглядати рефлексію як шлях до розвитку і оновлення практики. Розуміння рефлексії, інтерпретованої не лише як думка, спрямована на себе, закріплене в поняттях “професійна рефлексія”, “предметна рефлексія” (на відміну від смислової рефлексії), “рефлексія діяльності”, “ситуативна рефлексія”, “комунікативна

рефлексія”, “соціально-перцептивна рефлексія” [7, 8, 9]. Влучне визначення предметної рефлексії надав J. Piaget: це “... перебудова за допомогою думки, деякої матерії, раніше представленої суб’єкту в грубій або безпосередній формі” [цит. за: 8, с.50].

Отже, мусимо погодитись, що “процеси рефлексії відіграють найістотнішу роль у формуванні досвіду” [8, с.49], зокрема, і професійного практичного досвіду. Кожне із зазначених вище понять є застосовним і щодо лікарського мислення, спрямованого на предметну реальність медичної практики, незалежно від того, чи користуються таким терміном самі лікарі.

Дослідження різновидів рефлексії, побудова структурних динамічних моделей, класифікацій і типологій рефлексії за змістом, об’єктом, професійним контекстом застосування та іншими критеріями утворюють сьогодні широке проблемне поле психологічного знання [7, 8]. Специфіка професійної рефлексії розглядалась фахівцями переважно на зразках педагогіки і психології, проте деякі теоретичні здобутки мають універсальний характер і можуть бути віднесені до багатьох предметних практик. Так, розробляючи практику використання рефлексії у професійних ситуаціях, західні фахівці розмежовували процес рефлексії на два типи: рефлексія в дії і рефлексія над дією: “... рефлексія в дії (безпосередньо під час розгортання події) містить такі елементи, як: власне досвід; розмірковування про досвід протягом перебігу події; рішення як діяти; негайна дія” [8, с.53]. Щодо лікарського мислення значущими є і такі загальні характеристики професійної рефлексії як її залученість до “роботи контролю, оцінки та корегування результатів активності”, до планування і програмування майбутньої практики [8, с.52]; надання “опису досвіду загалом та усвідомлення суттєвих аспектів на основі врахування ...важливих контекстуальних факторів”; здійснення критичного аналізу ситуації (за Г. Гегелем, рефлексія – “метод розуміння через аналіз”), що включає “рефлексивний запит” та “пошук відповідей” в умовах наявної ситуації [8, с. 53, 49]. Зазначимо, що в сучасних дослідженнях ознаки професійної рефлексії не випадково описані як гранично близькі до характеристик критичного мислення [9].

Всі окреслені акти думки, які є етапами динамічного розгортання професійної рефлексії, в тій чи іншій формі присутні разом з притаманною їм логіко-філософською складовою в наголошуваних фахівцями алгоритмах клінічного мислення лікаря [10, с.199]. Чи потребує цей філософський рівень мислення додаткової процедури “розпакування”, тобто, спеціальної трудомісткої уваги лікаря до експлікації та усвідомлення власних пізнавальних настанов і специфіки окремих актів правильного раціонального мислення з метою їх коригування? Чи може лікарська рефлексія бути лише “формою відповіді особи ...на досвід” практики [8, с.51], спрямованістю думки лише на професійну предметну реальність? Таке питання не є зайвим з огляду на те, в чому полягають особливості методів і процесів формування клінічного мислення лікарів-початківців і студентів в медичній освіті: “Молодий лікар, який має певний запас теоретичних знань, ще не в змозі повноцінно клінічно мислити через відсутність клінічного емпіричного досвіду. Активна робота в напрямі розвитку клінічного мислення передбачає вивчення та засвоєння

зразків та прикладів клінічного мислення професорів, викладачів, колег” [5, с.105]; у роботі із студентами викладачі широко застосовують метод аналізу конкретних професійних ситуацій, який є “інтуїтивним”, таким, що “моделює свідомість майбутнього лікаря”, зокрема, і “в проєкції на майбутнє” [1, с.147]. Тобто, педагогічна праця з формування клінічного мислення необхідним чином заснована на існуючих зразках, моделях, на принципах алгоритмізації. А якщо постане потреба у створенні нових алгоритмів (ситуація, яку всі з напруженням спостерігали в реальному часі впродовж епідемії COVID-19)? А якщо майбутній лікар матиме справу з індивідуальними випадками, які не в повній мірі відповідають існуючим алгоритмам / протоколам? Нарешті, маємо урахувати і проблемні наслідки, породжувані тестовими технологіями оцінювання знань в сучасній медичній освіті, до яких викладачі ставляться тверезо: “... часто студенти, йдучи шляхом найменшого спротиву, заучують і запам’ятовують правильні відповіді до тестових завдань із “кроківських” буклетів”, проте “коли справа доходить до усної відповіді щодо теоретичних питань чи інтерпретації клінічної задачі, вміння її пояснити, визначити ключові патогенетичні ланки і т. п., виникає багато труднощів” [10, с.200].

Як відзначають фахівці, критичне мислення як комплексний міждисциплінарний феномен передбачає саме необхідність переходу думки із “сліпої плями” інтуїтивності в стан раціонального самоусвідомлення, інструментом якого є рефлексія в традиційному філософському розумінні як “мислення про мислення” (метамислення), спрямованість думки на саму себе, а не на предметну реальність. Рефлексія “виступає метамисленням щодо звичайного мислення, яке перевіряє його на предмет відповідності критеріям раціональності і коректує в разі потреби” [6, с.133]. Відомий американський невролог і професор медичного, Єльського університету і дослідник критичного мислення С. Новелла наголошує метамислення як єдиний спосіб, здатний допомогти виявляти і запобігати когнітивним упередженням і логічним хибам [11]. Когнітивні упередження трапляються позасвідомо і є складним контрольованими. Варто урахувати, що схильність до помилок є універсальною ознакою нашого мислення, в сучасних когнітивних науках описано понад 500 системних когнітивних спотворень, які переважно з’являються, коли ми віддаємо перевагу інтуїції над аналізом, працюємо на “автопілоті”. В контексті опитування лікарів, згадуваного на початку, можемо спостерігати один із зразків когнітивного упередження, а саме: респондентам задавалось питання про сутність критичного мислення (через обрання його визначення із запропонованих варіантів), а одержані результати (у %) було інтерпретовано як відповідь на інше питання – про сутність технології розвитку критичного мислення [2, с. 91]. Даний тип когнітивного упередження, відомий як евристика заміщення атрибуту [12, с.75], в даному випадку виник як наслідок недостатньої диференціації педагогічних технологій і *методів розвитку критичного мислення від методів критичного мислення як таких*.

Повертаючись до наведених вище результатів опитування щодо визначальних рис критичного мислення, в якому рефлексія одержала лише 20,62%, зазначимо, що в лікарському критичному мисленні має місце рефлексія інтегративного типу [7, с. 353]. Виходячи із наведених міркувань,

можна з певною імовірністю припустити, що саме такий відсоток респондентів (20,62%), обізнані щодо корисності і практикують в професійній діяльності метамислення як ключовий спосіб критичного мислення і запобіжник логічних хиб і когнітивних упереджень, а всі інші респонденти користуються методами критичного мислення лише в межах предметної професійної рефлексії. Опосередкованим підтвердженням такого припущення можуть бути ще два цікаві суперечливі показники із того ж опитування: серед найбільш значущих для лікарів ознак критичного мислення 75,26% респондентів назвали “здатність ...системно підходити до вирішення проблем” [2, с. 93], разом з тим у відповідь на питання про розумові процеси, що характеризують високий рівень критичного мислення, лише 42,78% респондентів назвали операцію синтезу [2, с. 94]. Між тим, поняття системи, системності і будь-якого системотворення передбачають операцію синтезу як основу, але, очевидно, питання функцій операції синтезу не потрапило в достатній мірі у фокус метамислення респондентів, попри те, що синтез є фундаментальною операцією клінічного мислення, адже, як зазначають фахівці, “вирішальною для становлення клінічного мислення є властивість до побудови у розумі синтетичної картини хвороби і перехід від сприйняття зовнішніх проявів захворювання до відтворення його внутрішнього плину” [5, с. 105].

Підсумовуючи, зазначимо, що формування навички критичного мислення в медичній освіті є вкрай важливим питанням з огляду на те, що набуття таких вмінь підвищить якість професійної підготовки майбутніх фахівців. В критичному мисленні лікаря має місце рефлексія інтегративного типу (єдність філософської рефлексії як метамислення, “мислення про мислення”, і професійної предметної рефлексії), внаслідок чого проблематика формування практичної навички критичного мислення в медичній освіті не може обмежуватись лише опануванням педагогічних технологій розвитку критичного мислення, а має передбачати залучення потужного освітнього потенціалу логіки, філософії і філософських дисциплін, предметом яких є виявлення специфіки методів критичного мислення як таких.

Література:

1. Павленко, С., Сидорова, А., Назаренко, З., Ткаченко, І., & Браїлко, Н. (2024). Формування критичного мислення здобувачів освіти як складової soft skills. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії*, 24(3), 145-149. – URL: <https://doi.org/10.31718/2077-1096.24.3.145>
2. Подаваленко, А. П., Зеленська, Л. Д., Нессонова, Т. Д., & Білера, Н. В. (2024). Аналіз обізнаності лікарів із технологією розвитку критичного мислення на заняттях післядипломної освіти. *Медицина та фармація: освітні дискурси*, (3), 89 – 96. – URL: <https://doi.org/10.32782/eddiscourses/2024-3-13>
3. Подаваленко, А. П., Зеленська, Л. Д., Білера Н. В. (1924). Розвиток професійної компетентності лікарів на циклах підвищення кваліфікації з використанням методів критичного мислення. *Інноваційна пе-*

дагогіка, Випуск 72, 89 – 92. – URL: <https://doi.org/10.32782/2663-6085/2024/72.15>

4. Гарвасюк, О.В., Іліка, В.В., Гуз, Л.О., Кулачек, В.Т., Малайко, С.С. (2023). Формування критичного мислення у студентів-медиків як складова навчального процесу у закладі вищої освіти. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії*, 23(4), 273-277. – URL: <https://doi.org/10.31718/2077-1096.23.4.273>
5. Шевченко, В. Г., Муравйов, П. Т., Колодій, В. В., & Бородаєв, І. Є. (2023). Системне формування і розвиток клінічного мислення студентів за допомогою проблемних методів навчання. *Медична освіта*, (2), 103–107. – URL: <https://doi.org/10.11603/m.2414-5998.2023.2.13671>
6. Надурак, В. (2022). Критичне мислення: поняття та практика. *Філософія освіти*, 28 (2), 129-147. – URL: <https://philosopheducation.com/index.php/philed/article/view/739/644>
7. Подкоритова, Л. О. (2017). Визначення видів рефлексії у наукових джерелах. *Збірник наукових праць “Проблеми сучасної психології”*, (37). – URL: <https://journals.urau.ua/index.php/2227-6246/article/view/157039/156348>
8. Обискалов, І. С. (2023). Рефлексія: поняття, види, функції, психологічна структура. *Журнал сучасної психології*, (4), 47-57. – URL: <https://journalsofznu.zp.ua/index.php/psych/article/view/3942>
9. Лопатюк, О. (2017). Феномен “професійна рефлексія” як предмет міждисциплінарного дослідження. *Педагогічні науки*, № 69, 79-84. – URL: <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewBy-FileId/566595>
10. Скрипник І. М. Формування клінічного мислення як засіб удосконалення якості освіти лікарів. *Удосконалення якості підготовки лікарів у сучасних умовах: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю*, Полтава, 2016. – С. 199–200. – URL: <https://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/2740>
11. Новелла, С. (2021). *Путівник Усесвітом для скептиків* / пер. з англ. К. Дудки, О. Українця. Вид-во “Жорж”, Харків. 536 с.
12. Надурак, В. (2018). Моральні евристики: історія досліджень. *Філософська думка*, № 4, 71-84.

СЕКЦІЯ VII.
ФІЛОСОФІЯ РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ: СУЧАСНІ ВИКЛИКИ В УМОВАХ
ВОЄННОГО СТАНУ

Базик Д. В.,
Відділення релігієзнавства
Інституту філософії імені Г. С. Сковороди НАН України,
giur3000@ukr.net

ОСМИСЛЕННЯ ПОНЯТТЯ “ВІЙНА” В ДОКТРИНАЛЬНИХ КОНЦЕПЦІЯХ
НЕООРІЄНТАЛІСТСЬКИХ РЕЛІГІЙНИХ РУХІВ УКРАЇНИ

З початком повномасштабного вторгнення російських військ на територію України актуальність проблеми війни охопила практично всі сфери суспільного життя. Така тенденція не оминула як релігійну сферу в цілому, так і неорелігійні рухи зокрема. При цьому не достатньо вивченим є питання осмислення поняття “війна” в доктринальних концепціях неорієнталістських релігійних рухів України. Наперед відзначимо, що неорієнталістські релігійні рухи на теренах України в переважній більшості представлені конфесіями неоіндуїстської спрямованості та меншою мірою необуддистськими інституціями. Як засвідчує український релігієзнавець А. Колодний “в Україні неоіндуїзм представлений громадами і центрами Міжнародного Товариства свідомості Крішні, Ошо Раджніша, Сатя Саї Баби, Шрі-Чінмоя, Міжнародного товариства “Всесвітня чиста релігія” (або сахаджа-йога) та іншими”. В той час як необуддизм репрезентований “громадами таких напрямів: дзен-буддизм, нітерен, різні школи тибетського буддизму (карма кагю, дзог чен, гелугпа, ріме)” [1, с. 23-24].

При цьому звернемо увагу на те, що неорієнталістські візії стосовно поняття “війна” значною мірою контамінуються з індуїстськими світоглядними конструктами та есплікуються в контексті індуїстських традиційних зразків.

Варто зауважити, що популяризовані нині світоглядні концепти сучасного “ведичного” тренду в своїх витоках мають глибинні історичні корені, апелюючи до давньоіндійських епосів “Магабгарата” та “Рамаяна”, текстів окремих шастр та упанішад. Однак найбільш поширеним джерелом, на основі якого вибудовується сучасна неоіндуїстська (т. зв. “ведична”) концепція війни, виступає “Бгавад-Гіта” [2, с. 250], тексти якої з коментарями ачарї засновника Прабгупади в переважній більшості вайшнавських (крішнаїтських) релігійних громад мають статус “священного писання”. Вищезгаданий твір є складовою частиною більш розлогого давньоіндійського епосу “Магабгарати”. Переважним чином, текст “Бгавад-Гіти” побудований у формі діалогів Господа Крішні та його учня Арджуни, в яких окрім опису природи людської душі та різноманітних форм практики йоги, наявні моменти релігійної рефлексії стосовно розуміння і правильного ставлення до війни. До того, її зміст присвячений опису легендарної війни при Курукшетрі, яка вважається початком Калі юги – сучасної епохи ворожнечі, лицемірства та загальної занепаду. За уявленнями класичного індуїзму Калі юга розпочалась близько

п'яти тисяч років і буде тривати загалом 432 000 років. За образним висловом очільників як індуїстських, так і неоіндуїстських конфесійних напрямів "в епоху Калі Юги закон тримається лише на одній нозі", а тому в суспільстві панує несправедливість, порушення священних настанов і екзистенційний стан "воєн та суперечок" є звичним способом існування багатьох держав та всього людства в означену епоху. Вони також стверджують про неможливість встановлення миру в період епохи Калі юги з причини неправильного розуміння та невиконання засадничих релігійних принципів. Зокрема, коли лейтенант Моузі поставив запитання до ачарьї-засновника Міжнародного товариства свідомості Крішні Прабгупади: "Чи не є встановлення миру в усьому світі попередньою умовою для повернення до релігії? Чи не повинні ми спочатку встановити мир?". На що Прабгупада категорично відповів: "Ні, ні, в тому то й уся справа. Зараз ніхто не знає істинного смислу релігії. Релігія має на увазі підкорення законам Бога, так само як під словами "гарний громадянин" мається на увазі, що людина підкоряється законам влади. А оскільки ні в кого не має найменшого уявлення про Бога, то ніхто не знає законів Бога та не розуміє смислу релігії. Такий стан людей в сучасному суспільстві. Вони забувають релігію, вважаючи її свого роду вірою. Віра може бути сліпою. Слово "віра" не відображає істинного смислу релігії. Релігія – це закони, надані Богом; будь-який, хто дотримується цих законів, є релігійним незалежно від того, хто він – християнин, індус чи мусульманин" [3, с. 250].

В своїх коментарях до "Бхагавад-Гіти" засновник сучасного крішнаїзму досить чітко формулює своє ставлення до війни: "Господу Крішні та Його вічному другові Арджуні не було потреби брати участь у битві на Курукшетрі, але вони вступили в битву, бажаючи показати людям що застосування сили теж буває необхідним в тих випадках, коли вичерпані всі мирні засоби. До битви на Курукшетрі Пандави та навіть Сам Господь Крішна доклали всіх зусиль для того, щоб уникнути війни, але їх противники були непохитні. В таких випадках, для того, щоб відновити справедливість, буває необхідним вступити в бій та воювати за праву справу" [4, с. 185-186].

Варто додати також, що крізь призму тлумачення концепції трьох *гун* (дослівно – "ниток", тут маються на увазі сили, які суцільно пронизують весь матеріальний світ) матеріальної природи: *самтви* (благості), *раджас* (пристрасті) та *тамас* (невігластва), вважається, що в Калі югу домінує нижня гуна матеріальної природи – *тамас* (невігластво). Саме вплив цієї гуни підштовхує людей до конфліктів та військових дій, безпосереднім наслідком є руйнування всього оточуючого. Однак, в лекціях одного з відомих популяризаторів сучасних неоіндуїстських світоглядних концепцій Олега Торсунова [5] відзначається, що після масивного впливу гуни *тамасу* (невігластва), як діє під час війни, обов'язково приходить вплив гуни *самтви* (благості), яка активно починає впливати на людей після закінчення військових дій, сприяючи підтримки та відродженню зруйнованих війною територій.

В середовищі неоорієнталістських течій для вірян та широкого загалу пропонується т. зв. ведичний підхід у відношенні до війни. Його сутність полягає в тому, що суспільство розподіляється за наступними *варнами* (верствами): *браміні* (священники, вчителі, лікарі та вчені), *кшатрії* (військовслужбовці,

політики, адміністратори), вайш'ї (господарі, бізнесмени, виробники продукції) та *шудри* (працівники, обслуговуючий персонал). Відповідно до розподілу суспільства на варнову систему, брати участь у військових діях мають не всі представники соціуму. Зокрема, брамін має право відмовитись від військових дій. Однак, якщо людина належить до варни *кшатріїв*, то вона має виконувати свою дхарму (свій обов'язок) – брати участь у військових діях, виконуючи в такий спосіб своє призначення. При цьому в ідеалі обов'язковою умовою під час воєнних дій вважається відсутність почуття ненависті по відношенню до ворогів, оскільки за це людина буде нести відповідальність згідно із законами *карми* (причинно-наслідкового закону відплати за вчинені дії).

Якщо ж апелювати до класичного індуїзму, то слід зауважити, що в пантеоні багатьох течій традиційного індуїзму фігурує спеціальне божество війни – *Кармтикея* (молодший син *Шиви* та *Парваті*). Також досить поширеним в Індії є постать богині, яка керує процесами в епоху *Калі* юги – *Калі* (або *Калі-ма*). Однак у віроповчальних доктринах неоіндуїстських течій інформація про вищезначені божества практично відсутня, тому й відповідно концепції розуміння поняття “війни” мають дещо спрощений, абстрактизований характер, з наявним відривом від традиційних смислів класичного індуїзму, закладених протягом століть.

Що ж стосується необуддистських концептуальних доктрин ставлення до поняття війна, до домінуючим є констатування класичного терміну “ахімса” (“ненасильство”). Відтак, представники необуддизму Україні, в контексті військових дій, значною мірою займають позиції “релігійного пацифізму”.

Таким чином, на основі вищенаведеного контенту, можна зробити висновок, в більшій повноті та різноманітності концептуальні візії стосовно осмислення поняття “війна” з належною конкретизацією позицій предствлені в неоіндуїстських течіях України. Неоіндуїстські рефлексії поняття “війна” характеризуються осмисленням в глобальному масштабі в контексті світоглядних концептів “циклічності епох”, “гун матеріальної природи” та реактуалізації традиційних сакральних текстів в оновлених інтерпретаціях сучасних гуру.

Варто додати також той факт, що в процесі вивчення неоорієнталістських конфесій потрібно враховувати фактор не значної кількості їх послідовників на теренах України, і відповідно, не суттєвий їх вплив на формування суспільної думки чи певних світоглядних ідей, віросповідних доктрин та концепцій, які продукують лідери неоорієнталістських інституцій. Однак можна стверджувати, що в умовах російсько-української війни розвиток останніх відзначається суттєвими трансформаціями та екстраполяцією нових трендів в українському соціумі.

Література:

1. Нові релігії України / Історія релігії в Україні: у 10-ти т. / за ред. проф. А. Колодного. Т. 8. – Київ: Інтерсервіс, 2010.
2. Бхативеданта Свамі Прабхупада, А.Ч. Бхавад-Гіта як вона є / А.Ч. Бхативеданта Свамі Прабхупада; пер. з англ. – Київ: The Bhaktivedanta Book Trust, 2021.

3. Бхактиведанта Свамі Прабхупада, А.Ч. Наука самоосознания / А.Ч. Бхактиведанта Свамі Прабхупада; пер. с англ. – М.: The Bhaktivedanta Book Trust, 2011.
4. Бхактиведанта Свамі Прабхупада, А.Ч. Бхавад-Гіта як вона є / А.Ч. Бхактиведанта Свамі Прабхупада; пер. з англ. – М.: The Bhaktivedanta Book Trust, 2011.
5. Торсунов О. Официальный канал. – URL: <https://www.youtube.com/@olegtorsunovofficial>

Голотін С. І.,
Університет сучасних знань,
gltn@ukr.net

РОЗУМІННЯ РЕГІОНАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЯК ВАЖЛИВИЙ ЧИННИК НЕУПЕРЕДЖЕНОЇ КОМУНІКАЦІЇ

Проблема позитивної комунікації між представниками різних регіонів України є важливим елементом згуртованості українського суспільства. А в умовах повномасштабного вторгнення росії на територію нашої суверенної держави це набуває особливого, важливого значення. Адже не відчуженість і непорозуміння, а єдність думок і дій характеризують рівень зрілості тої чи іншої нації.

Накопичений, протягом не одного десятиліття досвід спілкування, в тому числі і особистий, свідчить, що суб'єкти цього спілкування, не завжди здатні вести позитивний діалог в силу різноманітних причин і обставин, в тому числі і завдяки багатьом стереотипам сформованим у радянський період. Між ними, подекуди, може виникати непорозуміння, недовіра, неприязнь і навіть агресивне, вороже ставлення один до одного.

Кожен з регіонів, має свою специфіку, відмінності, у своїх власних межах, яка виражається у національному складі, релігії, мові, тощо.

Багатьом людям в ході своєї професійної діяльності, поле якої є безмежним, чи просто у побуті, під час відпочинку, тощо, доводиться контактувати з доволі широким колом людей, різних за своїм освітнім рівнем, віком, статі, а також з людьми різних професій, соціального стану, місцем походження, проживання, тощо. Всі вказані чинники приймають участь у формуванні ідентичності людини, її внутрішнього світу, мають для неї значення, що покликає необхідну вимогу відноситись до цього з повагою і розумінням. Адже ми маємо справу з конкретною, живою людиною, духовний світ якої містить багато складових. Зокрема такою складовою є його “мала Батьківщина”, яка мила і дорога її серцю. Ми знаходимо підтвердження цьому і у народному світосприйнятті, його свідомості. Хто не чув фразу: “Де твій пуп закопаний?”, коли хочуть з'ясувати походження, глибинні корені свого співрозмовника. Це також характерно і для усної народної творчості, в тому числі і пісенної. Багато пісень, які часто звучать по радіо і телебаченню, також свідчать про важливість і навіть певну сакральність місця свого народження, проживання і становлення для конкретної особи.

Ось деякі приклади широко відомих і шанованих українським народом пісень: "Моя стежина", "Ясени" у неперевершеному виконанні Д. Гнатюка, або "Душі криниця" у виконанні Іво Бобула, чи "Росте черешня в мами на городі" Анатолія Горчинського. Зараз, дуже популярна, модерна пісня "Додому" українського гурту "Kalush" переможців пісенного конкурсу "Євробачення", у якій є слова – "Де би не був, не забуду свій дім". Тобто, у свідомості кожної людини глибоко укорінений його рідний край, його "мала Батьківщина". Тут, справедливо можуть бути застосовані такі універсальні філософські категорії, як "одиничне", "загальне" і "особливе". Кожне наукове поняття відбиває об'єктивну дійсність і не є довільною розумовою конструкцією. В даному випадку, поняття "загальне" виступає, як родове, поняття "особливе", як видове, а "одиничне", як унікальне у своєму роді. В нашому випадку, Україна виступає, як загальне, відповідний регіон, як особливе, а специфіка в межах регіону, як одиничне. Подібна градація може бути застосована, також, і в межах одного регіону, коли регіон є загальним поняттям, певні райони регіону виступають, як особливе, а конкретний населений пункт, як одиничне.

Саме знання цього "одиничного" та "особливого" і є дуже важливим для позитивного спілкування. Чому це важливо? Тому, що людина народжується у певному середовищі, який характеризується власною специфікою. Вона нерозривно пов'язана з цим регіоном, який має свою історію, у свій час входив у склад тої чи іншої держави, мав відповідний політичний, економічний, культурний виміри, свою соціальну структуру, свої мовні, а також географічні і ландшафтні особливості [1; с. 260-261]. Не в останню чергу, має значення, і релігійна належність. Всі ці аспекти треба розуміти, адже людині притаманна родова пам'ять. В неї є або були батьки, діди, прадіди, які приймали участь у певних історичних подіях, що зафіксовано у фотографіях, родинних переказах, різноманітних документах, сімейних архівах, реліквіях, тощо. Коли суб'єкти комунікації виявляють певну обізнаність стосовно регіональної специфіки один одного, а ще більше, щирі зацікавленість його особливостями, то це слугує фактором позитивного спілкування. Адже саме безпосереднє, живе спілкування, є над-звичайно важливим моментом розуміння співрозмовника, з'являються спільні теми для розмови, з'ясовуються погляди сторін на різні історичні, політичні події, а також світоглядні позиції. Що в свою чергу сприяє створенню доброзичливої атмосфери і у підсумку слугує добрій справі гармонізації суспільних відносин.

Не дивлячись на те, що об'єктивний процес глобалізації зачепив і Україну, можна стверджувати що існують і регіональні особливості. Вони закріплені, так би мовити на генетичному рівні і складають суттєву ознаку особистості, якою не можна нехтувати. Це стосується історії, мови, релігії, фольклору, побутових традицій і навіть особливостей національної кухні.

Причиною регіональних особливостей є включення територій, на яких проживали українці, у склад інших держав, кордони яких неодноразово змінювались, що гальмувало об'єктивний процес створення власної незалежної держави, становлення українського народу, а згодом і нації.

Всі ці історичні події зафіксовані не тільки в тих, чи інших державних архівних документах, але залишили свій слід і в народній пам'яті. Вони

безпосередньо торкнулися всіх родин у минулому і є частиною їх родословних біографій. Фактично, це персоніфікована історія, яка має свій “власний, сімейний історичний архів”. Його добре знає старше покоління, як кажуть “старі люди” і вони передають свої спогади молодому поколінню.

Український народ з честю витримав свій історичний іспит, перетворився у справжню націю, побудував власну державу. Але тривале, спільне проживання в оточенні інших народів неминуче вплинуло на формування певних культурних відмінностей широкого спектру, зокрема, мовних, релігійних, побутових і навіть політичних поглядів. Тобто, існують об’єктивні історичні обставини, які визначають цю відмінність і якими не можна нехтувати, а навпаки треба знати їх і враховувати.

У ґрунтовному, добре відомому широкому загалу, дослідженні Ореста Субтельного, професора Йоркського університету (Канада), яке має назву – “Україна: історія” [2], приділяється увага історичним особливостям розвитку різних українських земель у післякиївську епоху [2, с. 8], які отримали свою специфіку, і яка, певним чином, зберігається і дотепер.

Про спільне та відмінне в українській нації, присвячені праці, визнаного у цій галузі професора, доктора Володимира Яніва, одного з провідних українських етнопсихологів ХХ століття, що довгі роки обіймав посаду ректора Вільного Університету у Мюнхені. Зокрема цьому присвячені його “Нариси до історії Української етнопсихології” [3], де він вказує на “гармонію контрастів” [3, с. 187]. Тобто він фіксує цю різницю, що історично склалась, але наголошує, що вона не може бути перешкодою для формування єдності української нації. Це складний, тяглий у часі, а подекуди і суперечливий процес, пов’язаний з неминучою консолідацією всієї нації, яка проявляє більшу згуртованість, особливо перед обличчям зовнішньої загрози.

Такі тонкі, і навіть в певному сенсі, делікатні моменти, пов’язані з регіональними особливостями, обов’язково треба враховувати співрозмовникам.

Отже, складний історичний шлях формування України, як незалежної держави, пов’язаний з входженням її територій, разом з корінним населенням, у склад інших держав. Внаслідок цього відбувалось його безпосереднє включення у політичні, економічні і загалом культурні процеси, які безпосередньо впливали на формування певних відмінностей, між українцями, що проживали в різних регіонах, які зараз є складовою єдиної, унітарної держави. Відповідно, знання і врахування цієї специфіки є важливим чинником взаєморозуміння між представниками різних регіонів України, що є однією з умов консолідації української нації.

Література:

1. Грицак Я. Подолати минуле: глобальна історія України. – Київ: Портал, 2024. – 416 с.
2. Субтельний О. Україна: історія. / пер. з англ. Ю. І. Шевчука. Вст. сл. С. В. Кульчицького. – К.: Либідь, 1993. – 720 с.
3. Янів В. Нариси до історії української етнопсихології / Упоряд. М. Шафовал. – 3-те вид., стер. – К.: Знання, 2006. – 341 с.

РЕЛІГІЙНИЙ ФУНДАМЕНТАЛІЗМ – ЕТАПИ РОЗВИТКУ І ВИЗНАЧЕННЯ В ХХІ СТОЛІТТІ

Релігійний фундаменталізм одна зі складних проблем сучасної гуманітаристики (соціології, філософії, релігієзнавства, політології, теології). Якщо розглядати фундаменталізм в класичному сенсі й з історичного підходу, то він є рухом, що виникає у відповідь і протистойть просвіті й плюралізму. Фундаменталізм виступає проти необхідності будь-що обґрунтовувати, проти відкритості й сумніву. Навзаєм він пропонує впевненість, замкненість абсолютних фундаментів, непорушність основ, на фоні яких все інше, включаючи права людини стає відносним. Хто не хоче визнавати фундаменти не заслуговує того, щоб слухали його аргументи, сумніви, інтереси і права. Релігійний фундаменталізм – тенденція, що виражає негативну реакцію консервативних релігійних кіл на секуляризацію, емансипацію науки, культури і суспільного життя від релігії, що стало причиною маргіналізації останньої. Він становить протилежну тенденцію релігійному і філософському модернізму.

Фундаменталізм існував вже з початку ХІХ ст., до того ще як виникло саме поняття, спочатку з'явившись в Європі як відповідь на модернізм в релігії і теології. Модерністські позиції, проти яких виступав протестантський, а згодом і католицький фундаменталізм, уособлювали вторгнення духа Просвітництва в теологію і релігію, а також зведення релігії до ролі гаранта моральності і суспільного порядку.

Відомий лютеранський теолог М. Марті і професор історії С. Еплбі, проаналізувавши велику кількість матеріалу і випустивши п'ятитомне видання "Фундаменталістський проект", дійшли висновку, що фундаменталізм є не просто реставруванням традиційної релігійності, а скоріше релігійною відповіддю на секуляризацію і модернізацію. Це войовнича відмова від світської сучасності, масова опозиція науковому світогляду, прагнення "замінити чинні структури всеосяжною системою, що ґрунтується на релігійних принципах і охоплює закон, державу, суспільство, економіку і культуру" [9].

Кардинал Ратцинґер (папа Бенедикт ХVІ) характеризував фундаменталізм як прояв самооборони людини, що відчула себе полишеною своєї духовної батьківщини, своїх фундаментів і зреагувала відкиданням сучасного світу як ворожого релігії і вірі. Під цим поняттям, за думкою кардинала, криються різні явища. Зокрема "фундаменталістські секти", що забезпечують людям "просту віру", які є популярними в ХХ ст. у Латинській Америці й на Філіппінах. Самі по собі пошуки простої й зрозумілої віри не є поганими, це стає поганим, тоді коли вони ведуть до фанатизму й відсталості. "Хто ставить під сумнів кожен розум, той фальсифікує також і віру, яка стає деякою партійною ідеологією, що не має нічого спільного з відвертим звертанням до живого Бога як першооснови нашого життя і нашого розуму" [4, с. 86].

Відродження ортодоксальних течій, це знакова тенденція, що формує в тому числі і зовнішню політику багатьох країн. Як відмічають науковці, "...

сьогодні ми живемо в фундаменталістському світі, оскільки цей феномен все більше заявляє про себе в різних царинах соціальної дійсності” [8]. Фундаменталістські принципи закладені у програмах різних політичних рухів, що активно діють в багатьох країнах світу і мобілізують до себе широкі маси населення. Вплив і характер сучасних фундаменталістських рухів обумовлений соціальними, економічними і політичними особливостями того суспільства, в якому вони виникають. Найбільш явно фактори, що сприяють формуванню фундаменталістської ментальності, проявляються в умовах системної кризи суспільства.

Сучасні дослідники проблеми виділяють три періоди становлення цього явища. Фундаменталізм першої хвилі, початку XX ст., коли саме і з'являється слово “фундаменталізм”. Поняття фундаменталізм вперше з'являється у зв'язку із серією релігійних творів, що виходили в США у 1910-1915 рр. під назвою “The fundamentals” (“Основи”) та “A testimony to truth” (“Свідectво істини”). В 1919 р. християни протестанти, що видавали ці роботи створили організацію “Всесвітня асоціація християнських основ”. Виникла назва, яка спочатку стосувалась тільки християнських конфесій, а пізніше розповсюдилась і на інші релігії. Протестантські фундаменталісти прагнули видати себе за захисників “істинного християнства”, активно виступали проти прибічників ліберального тлумачення тексту Біблії. У 40-х рр. XX ст. релігійний протестантський фундаменталізм стає структурованим, створюється Американська рада християнських церков і Нова асоціація євангелістів.

Фундаменталізм другої хвилі формується у 1970-1990 рр. Тоді релігійний фундаменталізм виступив активною опозицією процесу десаκραлізації культури, процесу глобалізації і став результатом активного зіткнення різних культур та релігій, різних форм духу (духовного буття). В цей період головна увага зосереджена на ісламському фундаменталізмі, але форми фундаменталізму присутні й в інших релігіях. Окрім мусульманського, виділяють християнський євангельський фундаменталізм, ультраортодоксальний юдейський фундаменталізм, войовничих сикхів, буддистських бійців спротиву, також індуїстський фундаменталізм, православний фундаменталізм (катакомбники, “царебожники”) тощо. Якщо в ранніх роботах дослідників проблеми фундаменталізм розглядається як релігійний рух, що протистоїть і бореться з модернізмом в теології й соціальній реальності, то починаючи з 80-х рр. (ісламська революція в Ірані 1979, рух в США “нових християнських правих”) і до сьогоднішнього дня фундаменталізм, все частіше розглядається через призму політики, політичної дії. До прикладу, ісламські фундаменталісти вбачають своєю метою побудову всесвітнього халіфату, а юдейські фундаменталісти одноосібне володіння Єрусалимом та звільнення “Землі обітованої”, православні російські фундаменталісти використовують історичний наратив – “Москва – Третій Рим” та ідею соборності православних земель навколо цього центру.

В богословському розумінні фундаменталізм традиційно розглядається як повернення до першоджерел і чистоти віри – Священним текстам і богословській основі віровчення. В ідеологічному контексті він сприймається як повернення до початків релігійно-цивілізаційної єдності, виведенню релігійно-

політичних принципів зі Священних текстів, монополію релігії у керівництві духовним життям суспільства. Як наслідок, він містить наступне: 1) відкидання радикального розділення сакрального і секулярного, що виникло в епоху модерну; 2) план подолання розмежування світського й релігійного, який буде закріплено інституціонально таким чином, щоб повернути релігії її місце важливого, центрального фактору прийняття політичних рішень. З одного боку є фундаменталістське прагнення до релігійної аутентичності й активного спротиву процесам модернізації, а з іншого – використання будь-яких ресурсів цієї сучасності – від участі в діяльності політичних партій до використання новітніх інформаційних технологій. Відкидаючи науковий світогляд, одночасно користуватись і приймати його досягнення. Цю особливість підкреслює директор лондонської школи економіки Е. Гіденс: “Фундаменталізм – це продукт сучасності, оскільки він не просто захищає традицію, але й акцентує, спрощує її, подає в засобах масової інформації” [6, с. 102]. Зокрема християнські фундаменталісти в США були першими, хто використав телебачення як засіб пропаганди, а ісламські фундаменталісти стали активно використовувати інтернет, соціальні мережі та інші сучасні технології. В цьому аспекті фундаменталізм є сучасним продуктом. Професор соціології і політології М. Рієзбродт, який в роботі “Фундаменталістське оновлення релігії” підкреслює, що фундаменталізм не є синонімом традиціоналізму, а репрезентує процес історичного оновлення традиції. Це оновлення виходить з конфлікту між традицією і модернізмом і має риси обох. Виникає синтез між обраними елементами традиції й модернізму. Фундаменталістська ідеологія виходить за межі традиціоналізму й вміщує в собі елементи модернізму, яких ніколи не було в традиції, такі як технічні інновації, технічні знання, а також запозичує елементи ідеологій, з якими вона конкурує, таких як націоналізм, марксизм, лібералізм. Інноваційні аспекти фундаменталізму не обмежуються тільки ідеологією. Як соціальний феномен, він являє собою оновлення, в якому інтегруються люди різного соціального походження, різних соціальних класів, представники різних народів в нові громади і рухи на основі культурних (духовних) ідеалів і практик. Для фундаменталізму другої хвилі є характерним розвиток “політичного богослов’я”, в якому державі відводиться роль провідника священної доктрини, а також віра у можливість побудови соціального фундаменту, ідея якого знаходиться в трансцендентальній раціональності та постає як результат поєднання “надприродних” і “природних” концепцій порятунку.

Фундаменталізм третьої хвилі бере свій початок з 11 вересня 2001 р. З початком XXI ст. в різних регіонах світу з’являються “нові” фундаменталістські рухи і організації, які починають використовувати риторичу “повернення до основ” перш за все для досягнення нерелігійних цілей. Наприклад, релігійний фундаменталізм ІДІЛ, значною мірою орієнтується на бізнес і вміщує в собі прагнення технократичного володарювання над природою і людиною, і як наслідок добре взаємодіє з комерціалізованою наукою, інженерами (зокрема у військовій справі), лікарями, юристами, журналістами, активно презентує себе в соціальних мережах.

Діяльність православних фундаменталістських організацій сучасної російської (“Союз православних хоругвоносців”, союз “Християнське відродження”,

Всеросійська суспільна православна організація “Християнська держава – Свята Русь”, “Сорок сороків”, “Божа воля”, “Двоглавий орел” тощо) теж демонструють, що в центрі їх постає не релігійний проєкт, а та чи інша “соціальна програма”: державництво, антизахідне спрямування, традиційна культура, родова гендерна мораль, правомонархічний проєкт тощо. Вони можуть наполегливо декларувати теоцентризм, благочестя та вірність Священному Писанню і Переказу, проте ідея повернення до релігійних основ, а інколи і сама релігія для них постає інструментом. Можна констатувати радикалізацію, прагматизм, відмову від традиційного богослов'я, архаїзацію життя і світогляду, з сильним акцентом на мирському і політико-прагматичному аспектах.

Чи можемо ми сьогодні, в епоху постсекулярності, припустити постфундаменталізм? Визначення Ж. Ліотаром наукової раціональності як “мовної гри зі своїми власними правилами” поставило під сумнів ідею, згідно з якою тільки раціональність і досвід забезпечують доступ до істини”. Це означає, що такі обставини забезпечили релігіям змогу набуття нових важелів активної й паритетної присутності в інтелектуальних сферах суспільства і культури. Крізь фундаменталізм парадоксальним чином проступає постмодерн, з його абсолютизацією вибору і онтологічним вирівнюванням всього того, що обирається. Якщо у світі не має центру, його центром може стати все, що завгодно. Постмодерністська абсолютна свобода, таким чином інвертується в абсолютну несвободу. Особливим чином це відобразилось на релігійному фундаменталізмі. Саме в силу означеного глибинного розриву між двома основними модусами релігійності, фундаменталістська свідомість невпинно абсолютизує чи самі соціально-культурні форми тих чи інших релігійних традицій, чи власні непрояснені, спутані, еклектичні і вульгаризовані духовні інтуїції [2, с. 17].

На фоні постсекулярності фундаменталізм може розглядатись як один з проявів нового формату релігій сучасних суспільств. З появою нової постсекулярної релігійності, яка збагатилась секуляризмом й пройшла, так би мовити, скрізь його “горнило” з однієї сторони. А з іншої, свідомість, що довго була секулярною, але згодом суб'єктивно спрямувалась до релігії часто зіштовхується з тим, що не в змозі вмістити релігійне ціле. Тоді ж вміщує те, що на теперішній час доступно й зрозуміло, перш за все соціально-культурну оболонку релігійного життя, яка в секулярних категоріях свідомості легітимізується в ній чи як часткова, чи як тотальна ідеологія (К. Маннхейм). Все це на виході дає різні перетворенні, змінені форми релігійності. В цьому сенсі прийняття релігії як “тотальної” ідеології, наприклад політичної, дає такий результат, який можна назвати фундаменталізмом в чистому вигляді. Фактично це означає виникнення на межі двох культур світсько-релігійного химерного утворення, що об'єднує в собі релігійні і світські ознаки, але який позбавлений дійсно вищих духовних цінностей як релігійного, так і світського характеру. Основна ідея фундаменталістського світогляду побудована на найвomis міфологічному отождествленні “небесного” і “земного”, сакрально-надприродного й мирського. Релігійна доктрина радикально спрощується, зводиться до загальних основ вчення із моралістичною програмою правильної поведінки, яка пов'язана з етнорелігійною ідентичністю. Фактично

фундаменталізм третьої хвилі не повертає до основ, а наново винаходить ці основи й нове “повернення”, ставить на перше місце мирські утилітарні цілі, використовуючи “трансцендентний” примус. Тому деякі дослідники впроваджують термін “постфундаменталізм”, тому що він може бути ідентифікований як фундаменталізм без традиції (ортодоксії) і фундаментів. Автор погоджується з цим частково, бо не всі рухи, які ми характеризуємо як фундаменталістські повністю підпадають під таке визначення. Так чи інакше проблематика феномену фундаменталізму є актуальною, цікавою й відкритою подальшому вивченню та аналізу на межі релігієзнавства, політології, соціальної філософії і психології, філософської антропології тощо.

Література:

1. Горохолінська І.В. Постсекулярність: філософські та богословські інтенції сучасної релігійності: монографія / Ірина Горохолінська. Чернівці : Чернівець. нац. ун-т ім. Ю. Федьковича, 2019. 424 с.
2. Євдокимова Т.В. Фундаменталізм як релігійний і ідеологічний феномен. // Гілея: науковий вісник. Вип.164 (8-9). С.13-21
3. Кирилюк Ф.М. Філософія політичної ідеології. Навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури, 2009. 520 с
4. Ратцінгер Й. Цінності в часи перемін: Долання майбутніх викликів”. Львів: Месіонер, 2006. 168 с.
5. Фукуяма Ф. Будущее фундаментализма. – URL: <http://www.politnauka.org/library/nation/fukuyama.php>
6. Giddens, Anthony “What Next? Fundamentalism or Solidarity?”// Runaway World: How Globalisation is Reshaping Our Lives. - London: Profile Books, 2002. 142 p.
7. Meyer T. Identity Mania: Fundamentalism and the Politicization of Cultural Differences. L. - N. Y.: Zed Books, 2001. 125 p.
8. Religion and Politics in the United States / Kenneth D. Wald and Allison Calhoun-Brown – N.Y,Toronto, Plymouth UK,2014 – 496 p.
9. The Fundamentalism Project / Marty M., Appleby R. (eds.). Chicago, 1991 – 1995. 528 p.

Milan Lupták, Marína Luptáková,
Univerzita Karlova, Praha,
luptakm@seznam.cz

TRANSNACIONALISMUS, PRAVOSLAVNÁ CÍRKEV A INTEGRACE UKRAJINSKÝCH MIGRANTU V ČESKÉ REPUBLICE

Náboženské organizace a náboženství jako společenský fenomén jsou v současnosti jedním z klíčových komponentů transnacionalismu. Z hlediska mezinárodních vztahů mají svůj specifický význam například transnacionální náboženské komunity a organizace, které se angažují v oblasti humanitární pomoci, zdravotnictví, vzdělávání, potírání obchodování s lidmi, právní ochrany žen a dětí, atd.

Procesům transnacionalizace náboženských organizací napomáhá také masivní zahraniční migrace obyvatelstva jako součást dynamiky globalizovaného světa. Za přispění soudobých technologicky vyspělých prostředků komunikace a dopravy, přesídlení migrantu z jejich domovské do nové hostitelské země neznamená, že migranti zpřetrhávají a ztrácejí všechny své předcházející sociální vazby se svou domovskou zemí, ale naopak velice často si vytvářejí nové transnacionální vztahy se svou domovskou zemí. Zprostředkovateli a podporovateli takových nových transnacionálních vztahu se nezdá stávat i náboženské organizace a komunity jenž v tomto kontextu plní roli přirozených center etnických pospolitostí nově příchozích migrantu, což ve svém důsledku vede ke vzniku a formování transnacionálních náboženských sítí mezi migranty a náboženskými pospolitostmi v jejich hostitelské a mezi náboženskými komunitami ze země odkud přijíždí noví migranti.

Z hlediska Pravoslavné Církve se tato transnacionální náboženská komunikace odehrává v prostředí a v kontextu Křesťanské Ekumeny, kterou nelze v žádném případě zaměňovat s ekumenismem. Problematika Křesťanské Ekumeny se zpravidla v odborných úvahách věnovaných tématu našeho vědeckého sdělení, záměrně ignoruje. Nový Zákon používá slovo Ekumena v trojakém významu.

1) *Zeměpisném, geografickém pro označení obývané Země anebo lidí, kteří na ní žijí.* (Lk4,5, 21,26, Rm 10,18, Žd 1,6, Sk 17,31)

2) *V politickém, pro označení Římské říše a jejího obyvatelstva* (Lk 2,1, Sk 24, 5, Sk 17,6)

3) *Pro označení světa-oikumen-který má jenom přijít* (Žd2,5)

Prvním faktorem inspirujícím Křesťanskou Ekumenu k její činnosti je mateřská láska Církve. Křesťanům byl daný způsob života, který se zakládá na lásce k Bohu a bližním.

Protože se tato láska uděluje přes Církev je Ona sama nazvaná-Ctihodnou Matkou křesťanů, která léčí všechna trápení duše lidí a učí lásku vůči všem, a to i nekřesťanům i když oni ještě nejsou bratři v Kristu. Druhým zásadním faktorem Křesťanské Ekumeny podle učení Pravoslavní Církve je především její jednota. Bez jednoty je existence Církve nemožná. Vyplyvá to z její podstaty a tato jednota je budovaná podle vzoru Svaté Trojice.

Křesťanská Ekuména zásadním způsobem modifikuje transreligiózní a transnacionální vztahy do kterých vstupuje Pravoslavná Církev, jenž se proto odlišují například od vztahu v rámci tradičních transnacionálních migračních sítí, které mají zpravidla sekulární charakter.

Konceptualizace sociálního prostoru vycházejícího z transnacionálního paradigmatu, a to i v Křesťanské Ekumeně Pravoslavní Církve umožňuje polycentrický pohled na životy a integraci ukrajinských migrantu a vojnových uprchlíků v České republice, jenž jsou napojeny na různé geografické, sociální a náboženské prostory.

Použitá literatura:

1. *Bible.* Český studijní překlad (2016); nakladatelství KMS, Praha.
2. Lupták M., Prorok V. (2011). *Politické ideologie a teorie: od starověku po rok 1848.* Plzeň, nakladatelství Aleš Čeněk

3. Pružinský Š. (1997). *Pravoslavlíe a ekumenismus*. Nakladatelstvo – Metropolitní rada Pravoslávnej Církví na Slovensku, Prešov.
4. Pospíšilová R. (2008). *Koncept transnacionální migrace a jeho projevy na příkladu ukrajinské a vietnamské komunity v České republice*. Přírodovědecká fakulta UK Praha.

Максименко І. Г.,
КНУ імені Тараса Шевченка,
mrdkigorm@gmail.com

ФАКТОР РЕЛІГІЙНОГО ФАНАТИЗМУ: ПРОБЛЕМА ПОШУКУ ПРИЧИН ТА НАСЛІДКІВ

Фанатизм у релігійному контексті можна представити як надмірну, абсолютну та некритичну віру в істинність певного релігійного вчення. Зазвичай фанатизм поєднується з нетерпимістю до інакодумства. Як зазначає О. Предко, фанатик бачить світ через призму певної ідеї. Через це відбувається звужування здатності осмислення інших речей. Сильно страждає критичність мислення. Емоційно-чуттєва складова починає брати гору над складовою раціональною [1, с. 298]. Основними характеристиками фанатизму є сліпе слідування авторитету відмова від раціонального аналізу, демонізація “іншого” та сакралізація власної позиції. Як зазначає О. Предко, “віра, яка знаходиться під впливом авторитету, дозволяє людині сприймати всю інформацію, яка йде від нього без будь-якого критичного оцінювання” [2, с. 46].

Формування релігійного фанатика є складним процесом, у якому задіяний ряд чинників: психологічні, соціальні, культурні тощо. Якщо ми говоримо про індивідуальний рівень, то фанатизм часто з'являється як реакція на екзистенційний страх та невизначеність. Інколи він є реакцією на травму або кризу ідентичності. Важливо наголосити, що у таких ситуаціях релігія може запропонувати людині просту та чітку картину світу. Вона конструює сенси та істини. Фанатизм нерідко переходить у політичну площину, коли релігійна риторика використовується для легітимзації насильства, в тому числі військової агресії.

Коли ми говоримо про причини появи фанатизму, важливо також згадати і соціальні чинники. Серед них бідність, безробіття, політична нестабільність. Навіть корупція може виступати фактором, що опосередковано сприяє появі фанатизму. Її наслідком може бути зростання кількості людей, які опинилися на маргінесі суспільства. Вони будуть шукати опори, яку часто будуть знаходити в радикальних формах релігії, котрі обіцяють успіх та справедливу відплату кривдникам.

Зазвичай у появі фанатизму прийнято звинувачувати якісь конкретні релігії. Але, як зазначають науковці, важко напевне сказати, що якась конкретна релігія однозначно формує фанатичну свідомість, у той час, як якась інша – не робить цього ніколи [3, р. 6]. Проблема постає в тому, що ми ніколи не можемо точно сказати, чи це релігія стала причиною появи фанатика, чи його індивідуальні психічні особливості.

З одного боку, деякі секти вибудовують життя своїх adeptів таким чином,

щоб у них формувались схильності, які характерні для фанатичної свідомості. Це може бути суворе регламентація життя та підпорядкування його ключових аспектів духовному авторитету. Дуже також активно залучаються різні маніпулятивні практики, що покликані культивувати почуття провини. Такий підхід дозволяє, у випадку необхідності, перекладати провину керівництва секти на adeptів. Труднощі, які виникають через погану організацію общинного життя, невиправдано суворі правила, хворобливу атмосферу в спільноті, спонукають сприймати не як недоліки релігійної доктрини секти, або наслідки хибних рішень її наставників, але як провину тих, хто від цього страждає. Важливо наголосити, що для цієї мети також часто культивується прагнення до недосяжного ідеалу. Ідеалізований образ віруючого представляється як приклад, до якого варто не лише прагнути, але й практично реалізовувати. При цьому така реалізація часто є просто недоступною для вірянина в силу його індивідуальних особливостей та людської природи загалом. Невдалі спроби відповідати очікуванням лідерів секти породжують додаткове почуття провини у її adeptів. Такий підхід є потужним засобом контролю.

Окремо слід виділити проблему ілюзорного світосприйняття, яка часто характерна для закритих релігійних общин. Мається на увазі створення ефекту загального щастя, любові, радості, які є штучними [4, р. 31]. Коли людина вперше потрапляє у спільноту, де всі посміхаються, виявляють доброзичливість, пророкують безхмарне майбутнє та щастя, у неї виникає природне бажання стати її частиною. Фактично, спроби виглядати щасливими є спробами видавати бажане за дійсне, які заохочуються в секті. Така атмосфера не дає змоги виражати реальні емоції та знецінює їх. Постійне пригнічення негативних реакцій має накопичувальний ефект та може провокувати розвиток душевних хвороб. Окрім цього, реальні потреби та проблеми відсуваються на задній план. Ілюзорна реальність виступає ширмою, за якою ховають неприємні для секти внутрішні проблеми.

Не менш важливою є роль замкнутих груп на свідомість фанатика. У замкнутих релігійних спільнотах діє особливий ефект так званої “інформаційної бульбашки”, коли здається, що всі навколо мислять схоже, або однаково. Зовнішня критика маркується як ворожа, а внутрішня згуртованість виникає як реакція на спротив демонізованому зовнішньому світові. Такі умови створюють ідеальне підґрунтя для формування фанатичної свідомості.

При цьому часто створюються такі умови, що adeptи секти не мають змоги відкрито, або приватно між собою обговорювати віровчення та критикувати його. Підтримується атмосфера недовіри через взаємне спостереження та доноси на тих, хто проявляє непокору чи сумніви. Така поведінка не просто сприймається, як бажана, але ставиться як приклад для інших. Благо організації, її “організм”, є абсолютним пріоритетом для adeptів. Те, що сприймається, як загрозове для нього, має бути відкинуте, оскільки організація та її вчення завжди мають вищу цінність, ніж дружні зв'язки та сім'я. Саме тому, часто, лідери сект закликають рвати зв'язки не лише з “зовнішніми” друзями, але і з членами сім'ї. Сім'я сприймається, як конкурент організації, яка претендує на свого adeptа повністю. У той же час, страх за свою душу часто перетворюється на інструмент, за допомогою якого

закликають відрікатись від самого найдорожчого, що є у людини.

Часто сліпа лояльність та покора духовним авторитетам стає на заваді тверезому та критичному аналізу віровчення. Через це, заради насадження фанатичної свідомості, у сектах впроваджується не лише сувора субординація та чітка ієрархія, але і розподілення особливих ролей між членами общини. При цьому головним завданням є унеможливлення вільних проявів індивідуальності та розвитку особистості адепта. Він проявляє себе лише у межах дозволеного. Таким чином абсолютним пріоритетом є покора, а фокус боротьби направляється на самого себе. Це також служить прикладом для інших адептів, який заохочують наслідувати.

З огляду на вищесказане, можна зробити висновок, що в фанатиків людей перетворюють релігійні організації та секти зі специфічним вченням. Але це не зовсім так, є й інша сторона цієї проблеми. Науковці виділяють ряд особливостей психіки людини, які схилиють її до того, що ми називаємо фанатизмом [3, р. 6]. Якщо така людина є прихильником навіть самої відкритої релігійної групи, вона все одно може почати вибудовувати свої релігійні переконання таким чином, що рано чи пізно стане небезпечним для соціуму фанатиком.

Психіка фанатика має ряд особливостей, на яких наголошують вчені. До однієї з таких особливостей можна віднести крихку самоідентифікацію [5, р. 226]. Щоб її подолати, фанатик постійно знаходиться у пошуку власного місця у світі навколо та, знайшовши його, намагається довести його особливе значення. Часто це виражається в абсолютній прихильності до ряду сакральних для його свідомості цінностей. Таким чином також долається страх перед невизначеністю майбутнього, який постійно супроводжує людину. Чітка регламентація та доктрина, яка однозначно відповідає на всі життєві питання, дає таку необхідну ілюзію контролю за власним життям та його майбутнім.

Іншою особливістю психіки фанатика можна вважати брак деякої критичності щодо власного мислення [3, р. 7]. При цьому таке мислення досить погано адаптується до можливих змін у навколишньому середовищі. Схильна до фанатизму людина сприймає власні висновки та ідеї, як істину, навіть якщо її намагаються аргументовано переконати в протилежному. Люди, які не погоджуються з фанатиком, можуть дуже швидко перейти в категорію ідеологічних ворогів та втратити будь-який авторитет. Навіть найбільш абсурдні аргументи, які підтверджують точку зору фанатика, сприймаються ним як істинні, в той час як об'єктивна критика ігнорується або сприймається вкрай негативно.

Важливим наслідком таких психічних особливостей є прагнення до будь-якого обмеження свободи та вільнодумства в общині, оскільки воно є потенційно небезпечним. Вільне волевиявлення оточуючих може призвести до внутрішньої кризи та краху побудованої фанатиком картини світу, у якій він себе комфортно почуває. Незручні запитання розмивають чітку релігійну систему, яка відповідає на всі внутрішні запити та знімає страх перед невизначеним майбутнім. Через це людина з фанатичними схильностями часто не тільки сама потрапляє в секти, але й намагається сприяти розповсюдженню сектантського типу мислення навколо себе.

Таким чином, релігійний фанатизм є складним та багатовимірним явищем, яке виникає на перетині соціальних та психологічних чинників. Не можна однозначно сказати, що фанатизм є проблемою якоїсь конкретної релігії, регіону чи культури. Так само, не можна однозначно сказати, що він є лише наслідком індивідуальних психологічних схильностей окремих людей. Фанатизм є глобальним викликом, який потребує системного дослідження та глибокого осмислення. Шлях просвіти, діалогу та взаємної поваги можуть зменшити шкоду від цього явища та допоможуть побудувати суспільство, де релігія буде джерелом миру, а не конфлікту.

Література:

1. Предко О. Психологія релігії. Київ: Ліра-К, 2023. 348 с.
2. Предко О. Феномен релігійної віри: сенсожиттєвий вимір. Наукові праці. Філософія. 2017 р. С. 44-48
3. Katsafanas P. Fanaticism and the History of Philosophy. Routledge, 2023. 340 p.
4. Arterburn S. Faith that hurts, faith that heals. Nashville: Oliver Nelson, 1993. 316 p.
5. Tietjen R. R. Fear, Fanaticism, and Fragile Identities. The Journal of Ethics. 2023. Vol. 27. P. 211-230.

Предко Д. Є.,

КНУ імені Тараса Шевченка,
denyspredko@knu.ua

СИНДРОМ “ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ” В УМОВАХ РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ

У період затяжної війни українське суспільство переживає масове психологічне навантаження. Постійний стрес, невизначеність, втрата близьких, житла, робочих місць, зміна соціальних ролей – усе це створює сприятливе середовище для розвитку синдрому емоційного вигорання не лише серед військових і медиків, а й серед цивільного населення, волонтерів, працівників соціальної сфери, освітян.

Синдром емоційного вигорання (СЕВ) – це психоемоційний стан виснаження, що виникає як реакція на хронічний стрес, коли особистість тривалий час функціонує в умовах емоційного перенавантаження. Основними симптомами є емоційне виснаження (втрата сил, апатія), деперсоналізація (відсторонення від інших, знеособлення), зниження особистих досягнень (відчуття беззмістовності діяльності, розчарування) тощо.

В умовах війни тригером СЕВ виступають події поза контролем особи: повітряні тривоги, обстріли, втрата житла або роботи, насильство, постійна тривога за себе та близьких. Високий ризик даного синдрому поширений у професіях допомоги – серед військових, медиків, психологів, вчителів, соціальних працівників. Зазвичай соціальна ізоляція або вимушене

переміщення спричиняють додаткову фрустрацію та психоемоційне виснаження. Під час війни емоційне виснаження проявляється в тому, що люди стають роздратованими через новини, з'являється небажання їх читати, виникає втома від будь-якого контенту, пов'язаного з бойовими діями. Військова тематика починає викликати роздратування, а іноді виникає бажання повністю уникати подібної інформації. Це супроводжується апатією, відсутністю енергії, різкими перепадами настрою та схильністю до песимістичних думок [1].

Щоб запобігти емоційному виснаженню та покращити свій психологічний стан у складний воєнний час, українська психологиня Н. Шель [2, с. 84-85.] пропонує дотримуватись кількох простих порад: контролювати інформаційний потік, позаяк надмірна кількість негативної інформації сприяє хронічному стресу, що шкодить здоров'ю; зменшити час у соцмережах; залишатися фізично активними; більше часу проводити з близькими. Причому повноцінний сон та регулярне, збалансоване харчування – основа стабільного психоемоційного стану. Н. Шель рекомендує: "Виконайте просту вправу: запишіть усі щоденні справи й оцініть кожну за шкалою від - 5 (виснажує) до +5 (наповнює енергією). Подумайте, що можна делегувати, тимчасово відкласти, або навпаки – робити частіше, якщо це приносить вам сили" [2, с. 85]. Таким чином, шляхами запобігання емоційному вигоранню в умовах російсько-української війни є інформаційна гігієна (отримання інформації лише з перевірених джерел, встановлення чіткого графіку для перегляду новин (наприклад, двічі на день по 10 – 15 хвилин)); контроль за цифровим середовищем; підтримка фізичного здоров'я; емоційна підтримка; особистісні ресурси (визначення справ, які наповнюють енергією, та їх свідоме включення в розпорядок дня, усвідомлення власних меж і вміння казати "ні"); релаксація та відпочинок (практики дихання, медитація, йога або просто спокійний відпочинок, час без телефонів, соцмереж і роботи; захоплення, які приносять задоволення (читання, музика, рукоділля)).

Загалом, синдром емоційного вигорання в умовах війни набуває загальнодержавного масштабу й потребує системного реагування з боку держави, громадських організацій та місцевих громад. Своєчасна профілактика та підтримка можуть зберегти психічне здоров'я великої кількості людей і підвищити стійкість суспільства в умовах затяжної кризи.

Література:

1. Гігієна праці в деталях: емоційне виснаження та вигорання під час війни. – URL: <https://pd.dsp.gov.ua/news/hihiiena-pratsi-v-detaliakh-emotsiine-vysnazhennia-ta-vyhorannia-pid-chas-viiny/>
2. Шель, Н. В. (2025). Емоційне виснаження та втома під час війни. Вісник Донецького національного університету імені Василя Стуса. Серія Психологічні науки. (Січ 2025), 80-87. – URL: [https://doi.org/10.31558/2786-8745.2024.2\(5\).9.С.84-85](https://doi.org/10.31558/2786-8745.2024.2(5).9.С.84-85).

ВІРА ЯК СКЛАДОВА РЕЛІГІЙНОГО ФАНАТИЗМУ

У сучасному глобалізованому світі спостерігається активізація релігійних фанатичних рухів, які використовують віру як інструмент для обґрунтування насилля, нетерпимості або соціальної ізоляції. Це створює потребу глибше зрозуміти, як саме віра трансформується у фанатизм. Релігійний фанатизм часто супроводжується психологічним тиском, конфліктами, порушенням прав і свобод особистості, що потребує наукового вивчення механізмів, які зумовлюють перехід від особистої віри до фанатичного мислення.

Зазвичай у своїй основі віра – це позитивне явище, яке надає людині сенс життя, надію, моральні орієнтири, оскільки “релігійна віра, проявляється крізь призму життєдіяльності особистості, має здатність нескінченно розкривати свій зміст у процесі співвіднесення зі сферою Божественного і яскраво висвітлює смисложиттєві орієнтації людини” [3, р.172]. Але саме ця глибока переконаність може стати підґрунтям для фанатичної сліпоти, коли віруючий сприймає свою систему цінностей як єдину істину.

Розуміння механізмів переходу віри у фанатизм є важливим для формування культури толерантності, релігійного діалогу, недопущення дискримінації за релігійною ознакою. В умовах російсько-української війни релігійна риторика активно використовується в ідеологічному протистоянні, що додатково підсилює потребу осмислення, де закінчується особиста віра і починається фанатична агресія, яка виправдовує насильство. Отже, актуальність теми полягає в потребі аналізу глибинної природи релігійної віри; розумінні, як віра перетворюється на фанатизм; у запобіганні релігійній радикалізації в суспільстві; забезпеченні духовної безпеки людини та громади.

Релігійна віра рідко формується лише на раціональному підґрунті – вона значною мірою залежить від емоційних переживань, таких як священний трепет, захоплення божественним, страх перед покаранням, почуття вдячності, смирення, надія. Ці емоції формують глибокий особистий зв'язок із трансцендентним, що укріплює віру. Сильні релігійні почуття часто спонукають людину шукати духовного сенсу, відповідей на екзистенційні запитання. Такі емоційні стани, як внутрішня пустота, тривога, відчуття провини або кризи, можуть викликати потребу у вірі, яка спричиняє психологічне полегшення й внутрішню рівновагу. Коли релігійні почуття стають домінуючим фактором, віра може набути ірраціональних або фанатичних рис, коли критичне мислення відключається, а будь-яке сумнівне вчення приймається “на емоціях”. Це створює ґрунт для маніпуляцій. Людина вірить не лише тому, що “знає”, а тому, що відчуває – потребу в любові, справедливості, захисті, прощенні. Тобто віра – це відповідь не лише інтелекту, а й серця. Релігійні почуття є емоційним ядром віри: вони можуть ініціювати, підтримувати або навіть трансформувати релігійні переконання. Саме завдяки почуттям віра стає особистою, щирою, пережитою – а не лише абстрактною ідеєю.

У документальній книзі “Під небесним прапором: Історія насильницької

віри” (англ. *Under the Banner of Heaven: A Story of Violent Faith*) [2], опублікований у 2003 році, американський журналіст і письменник Джон Кракауер досліджує зв'язок між релігійним фанатизмом і насильством на прикладі історії мормонізму та трагічного випадку вбивства, скоєного братами Лафферті. У центрі книги – жакливе вбивство, скоєне в 1984 році братами Роном і Даном Лафферті, які вбили свою родичку Бренду Лафферті та її 15-місячну доньку Еріку. Брати стверджували, що діяли за “божественним одкровенням”, яке наказувало їм “усунути” жінку та дитину. Цей випадок слугує відправною точкою для дослідження релігійного екстремізму. Автор досліджує, як релігійні переконання можуть стати виправданням для насильницьких дій. Д. Кракауер аналізує, як фанатична віра в божественні одкровення та відчуття обраності можуть призвести до жорстоких вчинків, особливо коли індивіди вважають, що діють за наказом Бога.

Звернемо увагу на психологічний портрет релігійного фанатика як комплексну характеристику особистості, яка виявляє надмірну, некритичну прив'язаність до релігійних переконань, що визначають її поведінку, емоційні реакції та спосіб мислення. Такий портрет ґрунтується на аналізі індивідуально-психологічних, емоційних і соціально-поведінкових ознак. Причому світоглядна замкненість фанатика має різко поляризоване мислення, позаяк світ поділяється як на “добре” і “зле”, “божественне” і “диявольське”, так і нетолерантність до інших релігій, конфесій чи навіть інакших інтерпретацій у власній традиції. Емоційна збудливість і нестабільність характеризуються високим рівнем афективної напруги, особливо у питаннях віри, моралі, обрядів; ідеалізацією власної релігії та демонізацією “ворогів віри”; зазвичай емоції страху, гніву чи ненависті активуються при загрозі релігійному світогляду. Щодо особистісних характеристик фанатика, то часто спостерігається високий рівень тривожності, потреба в зовнішній опорі (Бог як абсолютний авторитет); схильність до конформізму всередині релігійної групи та одночасний нонконформізм до “світу”; він може мати занижену самооцінку, що компенсується відчуттям вибраності чи місії. Ще однією характерною рисою релігійного фанатика є його глибока відданість ідеї, яка нерідко несе загрозу як фізичному, так і психічному здоров'ю. Українська науковиця О. Предко зазначає: “Саме в релігійному фанатизмі як певному психічному стані спостерігається висока міра ідентифікації людини з ідеями чи доктриною. Загалом фанатик не бачить іншої людини; він не здатний до компромісу і діалогу з усіма, хто оточує його; за свої переконання він готовий боротися будь-якими доступними йому засобами” [1, с. 294]. Така людина має схильність перебільшувати значення окремих цілей, надаючи їм надмірної важливості, що суттєво впливає на її ставлення до власного життя. Під впливом внутрішніх імпульсів фанатик отримує особливе задоволення, в якому поєднуються емоційна напруга і страждання, через глибоку отожднюваність із речами, що мають для нього виняткову цінність. Власне, релігійний фанатик – це особа, чия особистість повністю поглинається релігійною ідеєю, що перестає бути духовним шляхом і стає інструментом психологічної компенсації, ідентичності та соціальної домінації. Така позиція не є обов'язковою ознакою щирої віри, а радше – наслідок глибших внутрішніх психологічних потреб або криз.

Механізм “виховання” релігійних фанатиків, у яких раціональна складова перекивається емоційно-чуттєвою, ґрунтується на психологічному, соціальному та ідеологічному впливах. Нижче подано структуроване пояснення цього процесу: значну роль у даному процесі відіграє емоційне залучення замість раціонального переконання. На перших етапах людина зазвичай потрапляє у релігійне середовище не через інтелектуальне осмислення, а через емоційну вразливість, зокрема кризу, втрату, страх, почуття провини, пошук сенсу; потребу в прийнятті, любові, духовній безпеці. Ці почуття створюють вразливий психоемоційний фон, на який легко накладається ідеологічний вплив. Через ритуали, спільні молитви, емоційно насичені зібрання (музика, заклики, свідчення “одужання” або “духовних одкровень”) формується емоційна прив’язаність до лідера, групи чи “істини”. Цей досвід асоціюється з порядком, божественною присутністю, особистою трансформацією, що підсилює довіру і знижує критичність мислення. Індивіда поступово ізолюють від альтернативних джерел інформації, критикують наукові або світські знання як “небезпечні”, “диявольські”, або “фальшиві”. Типовими механізмами виступають протиставлення “нас” і “них” (віруючих і “непросвітлених”), дискредитація сумнівів як гріха або демонічного впливу, заборона читати “чужі” книги, вести діалоги з іншими. Відстежується культивування емоційно-чуттєвого мислення. Підкреслюється важливість віри “серцем”, а не розумом. Людині нав’язується ідея, що інтелект – перешкода до спасіння. Це призводить до знецінення логіки, зміщення фокусу на “відчуття істини”, підміни доказів емоціями. Фанатична поведінка часто підтримується такими моральними і духовними обіцянками як “покликання”, “місія”, “особлива обраність”, “порятунок народу/віри/церкви”. Це створює ілюзію вищого сенсу та необхідності жертвувати всім – включно з власною критичністю.

Процес “виховання” релігійного фанатика – це систематичне послаблення раціонального мислення шляхом емоційного впливу, групової динаміки та ідеологічного контролю. Людина поступово перестає аналізувати – вона відчуває, вірить, підкоряється. Така структура мислення дозволяє релігійній системі повністю керувати свідомістю, виключаючи альтернативні точки зору.

Література:

1. Предко О. І. Психологія релігії: підручник. 3-тє вид., виправ. та доп. Київ: Видавництво Ліра-К, 2023. 348 с.
2. Krakauer J. Under the Banner of Heaven: A Story of Violent Faith. Macmillan, 2003. 400 p.
3. Predko O., Kostiuk O., Predko D. Religious Faith: Personal Forms of Presentation. *Obnovljeni Život: časopis za filozofiju i religijske znanosti*. 2024. Vol. 79. №. 2. P. 163-174. – URL: <https://doi.org/10.31337/oz.79.2.3>

СЕКЦІЯ VIII.

РЕЛІГІЯ ЯК СОЦІАЛЬНО-ДУХОВНА ДЕТЕРМІНАНТА ІНДИВІДУАЛЬНОГО ТА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Margita Kollárová¹, Jana Trizuljaková¹,

¹ Comenius University in Bratislava, Bratislava, Slovak Republic,
margita.kollarova@fmed.uniba.sk, jana.trizuljakova@fmed.uniba.sk

RELIGION AS A KEY DETERMINANT OF STUDENTS' ATTITUDES TOWARD THEIR STUDIES

"Social institutions guide our behavior as we develop as members of society. People are socialized into a society that reinforces conformist behavior. Political parties, unions, professional associations, churches influence our thoughts and actions, and we are mostly influenced by the groups that immediately surround us: our families, friends, peers, classmates, colleagues, etc. These social influences operate simultaneously and shape our beliefs, values, attitudes, and actions" [1, pp. 60-61].

However, it seems that in addition to (1) a supportive family environment [2, 3], (2) a functionally connected school and family environment (e.g., in relation to setting appropriate sleep duration and sleep quality for adolescents – "adolescents in the HBSC (Health Behavior in School-Age Children) international study reported that better time management, less homework, engagement in physical activity, a parent-set bedtime, and less time spent online in the evening would help them go to bed earlier) – this requires a focus on reducing pressure at school, building supportive social networks; strengthening adolescents' self-regulatory skills; and the growing involvement of parents in setting sleep and daily routines for their adolescents" [4, p. 1973], there is another (important) phenomenon that also significantly affects children's success in school and later in working life, namely (3) religiosity.

This is also confirmed by the findings of various foreign empirical research or review studies. For example, Shishu Zang [5] analyzed representative data from the American General Social Survey to examine the relationship between religiosity and education. It was shown that religiosity has a strong positive effect on motivation, school performance, employment success and other aspects of social life. Lehrer E. J., using representative data from the Nation Survey of Families and Households, demonstrated that religiosity is associated with a higher level of education [6]. The same conclusion was reached by a research team led by Michael J. McFarland, who also analyzed data from the General Social Survey [3]. In addition to church membership, a higher level of education among Americans was also correlated with the frequency of church attendance, prayer and reading The Holy Bible. Similarly, Patrick F. Fagan found in his analyses that religious values and religiosity (measured by the importance of religion in life and indicators of religious practice) are in a close positive relationship with school attendance, academic achievement (e.g. in reading and mathematics), and also with the level of education attained [7].

According to a review by I. Horwitz, which analyzed 42 relevant studies published in 1990-present and 95% were based exclusively on quantitative survey data. "There were three major findings. First, research has advanced from correlational studies to methodologically rigorous designs suggesting religion can play a causal role in academic success. Second, research reveals a religiosity-religious tradition paradox: Adolescents with stronger religiosity earn better grades, are less truant in secondary school, and complete more years of higher education" [8].

Thus, religiosity appears to be a significant indicator differentiating students' relationship to their studies. This was also one of the reasons why religiosity, as a complex multidimensional phenomenon, was also investigated within the framework of a representative quantitative sociological research, the object of which was students of the 3rd and 4th grades of secondary schools in Slovakia. The sample consisted of 1,968 respondents and was representative according to the following characteristics: sex, type of school and region. Field collection of primary empirical data was carried out using the technique of distributed and collected questionnaires, which was carried out by scientific and pedagogical workers of the Department of Sociology [9]. The relationship of young people to their studies was investigated in order to determine whether there are differences in the relationship of students to their school according to their religious affiliation, type of school and the connection with indicators of religiosity (dimension of religious practice, dimension of religious knowledge, dimension of religious experience and dimension of religious orthodoxy – dimensions defined by C. Y. Glock and W. W. Piwowarsky [9; 10]). Since this is the only representative research on this topic among high school youth in Slovakia, the authors consider it important to draw attention to the findings resulting from this research.

When analyzing the respondents' relationship to their studies, the following indicators were monitored: whether high school students have a favorite subject among the subjects taught; if so, whether they study it outside of school obligations; how much time they usually spend daily preparing for classes; how important it is for them to have excellent grades in school; what grades they had on their end-of-year certificate; and what their plans are after graduation [11].

More than 2/3 of Catholics and 3/5 of not affiliated with any church listed their favorite subject. Young Catholics have more favorite subjects, tend to spend more time preparing for classes each day (more Catholics than not affiliated with any church read specialized books and magazines on the subject and follow educational programs with such a focus; more not affiliated with any church students than Catholics search for specialized information on the Internet), consider it more important to have good grades in school, and also have better overall scores on final school reports than non-Catholics.

Young Catholics typically spent more time preparing for lessons per day than respondents who did not belong to any church – the differences in responses were statistically significant. A sign test was used to analyze how church membership contributed to the heterogeneity in the distribution of the observed variables. The sign test showed that among Catholics, there were few who prepared for lessons for less than 45 minutes per day and many more who prepared for lessons for 2 hours or more per day, while among non-church members, there were many more

who prepared for lessons for less than 45 minutes per day.

Regarding preparation for teaching, significant differences were found in the subgroup of Catholics, with women devoting more time to preparation for teaching than men, the most students from the Bratislava region, and by school type, the most students from grammar schools with 4-year-long study programs. Among young Catholics, the time spent on preparation for teaching at school was very closely associated with indicators of religiosity: students who usually devoted more time daily to preparation for teaching considered religion to be more important in their lives, prayed more often (and prayed more often alone), went to confession more often, and were more strongly convinced that they would go to church when they were 25, if it were up to them, had higher values of the religious experience index as well as the religious orthodoxy index.

Statistically significant differences in the responses of young Catholics and young non-churched people were also demonstrated in relation to the extent to which they consider excellent grades in school to be important. The sign test showed that among Catholics there are very few who do not consider studying for excellent grades to be important, while there are many more who consider it important. The opposite is true for respondents who do not belong to the church. In the subgroup of Catholics, significant differences were found by sex, as well as by type of school - more women than men considered it more important to have excellent grades in school, and women and students of grammar schools with 4- and 8-year-long study programs had the most positive relationship with school.

Another indicator that more significantly distinguishes Catholics from non-believers is the grades that respondents had at the end-of-year certificate. Young Catholics had significantly better (excellent) grades than non-believers (the differences are statistically significant – even the analysis of the sign test showed that Catholics had a higher proportion of those who excelled and a lower proportion of those who were successful, while for non-believers it was the opposite). In the subgroup of Catholics, significant differences were identified by sex, region and type of school – women, students in the Prešovský region and students of grammar schools with 4-year-long study programs had excellent grades at the end-of-year certificate.

It is undoubtedly worth noting (as with the previous two indicators) that the indicator grades at the end-of-year certificate was also closely related to indicators of religiosity. Young Catholics who had excellent grades at the end-of-year certificate considered religion more important to their lives, prayed more often (even alone), went to church more often if it depended on them, were more strongly convinced that they would go to church when they were 25, went to confession and Lord's Supper (Eucharist) more often, and also achieved higher values in the index of religious knowledge, the index of religious experience, and the index of religious orthodoxy.

An analysis of the students' plans immediately after graduating from secondary school revealed other important findings: students belonging to the Catholic Church planned mainly to study at a university in Slovakia in daily form of study, while those who did not belong to the Church wanted to get a job. In the subgroup of Catholics, significant differences were shown by sex and type of

school: men preferred to get a job, while women planned to study in daily form of study at a university in Slovakia. Depending on the type of school, young students studying at secondary vocational schools with final examination (successfully completed) wanted to get a job, and students of grammar schools with 4- and 8-year-long study programs preferred to daily form of study.

Currently, the only representative research conducted among secondary school youth in Slovakia and examining individual dimensions of religiosity has shown (among others) that religiosity fundamentally differentiated the relationship of secondary school students to their studies. Young Catholics reported more favorite subjects, usually spent more time preparing for classes every day, it was more important for them to have excellent grades in school, and they also had a better overall assessment on them at the end-of-year certificate than students who are not affiliated with the church. In the subset of Catholics, women and students of grammar schools with 4- year-long study programs had the most positive relationship to their studies. No less important is the finding that young Catholics with a more positive relationship to school also achieved higher values of indicators of religious practice, religious experience, and religious orthodoxy. However, it is highly desirable to conduct further representative research and verify whether the findings correspond to current sociological knowledge, according to which declared religiosity and religious practice are positively correlated with school attendance, overall academic achievement, and educational level (not only at the level of secondary school students, but also, for example, in the context of medical students).

References:

1. CAPIKOVÁ S. (2015). Sociology. In: KOSTIČOVÁ M. et al. (2015). Social Medicine. 1. Ed. ISBN 978-80-223-3935-3. Bratislava: Comenius University, Pp. 24-71.
2. JAGANNATHAN R, DONNELLY L, MCLANAHAN S, CAMASSO MJ, YANG Y. (2023). Growing up poor but doing well: Contextual factors that predict academic success. *Journal of Economic Inequality*. 2023; 21(1): 169–200. doi: 10.1007/s10888-022-09549-3
3. MCFARLAND MJ, MCLANAHAN S, GOOSBY BJ, REICHMAN N. (2017). Grandparents' education and infant health: Pathways across generations. *Journal of Marriage and Family*. 2017; 79(3): 784–800.
4. KOSTICOVA M, VESELSKA ZD, SOKOLOVA L, DOBIA SOVA E. (2024). Late Bedtime from the Perspective of Adolescents: A Qualitative Study. *Nature and Science of Sleep*. 2024;16, 1973–1985. doi: 10.2147/NSS.S492595
5. ZHANG S. (2012). Religious Participation and Educational Attainment: An Empirical Investigation. In: ERASGA D. et al. (2012). *Sociological Landscape - Theories, Realities and Trends*. 1. Ed. ISBN 978-953-51-0460-5. Rijeka: InTech. Pp. 317-338.
6. LEHRER, EL. (2004). Religion as a determinant of economic and demographic behavior in the United States. *Population and Development Review*. 2004: Vol. 30, No. 4: 707-726.

7. FAGAN PF. (2010). Religious Practice and Educational Attainment. Washington: Marriage and Religion Research Institute. 22p.
8. HORWITZ IM. (2021). Religion and Academic Achievement: A Research Review Spanning Secondary School and Higher Education. Review of Religious Research. 2021:63 (1): 107-154, doi.org/10.1007/s13644-020-00433-y
9. MATULNÍK J. et al. (2014). Analýza religiozity mladých katolíkov na Slovensku. Poznatky zo sociologického výskumu. 1. Ed. ISBN 978-80-7141-884-9. Trnava: Dobrá kniha. 347 p.
10. PIWOWARSKI W. (1996). Socjologia religii. 1. Ed. ISBN 9788322804216. Lublin: Red. Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. 473p.
11. KOLLÁR R, KOLLÁROVÁ M. (2014). Vzťah ku štúdiu. In: MATULNÍK J. et al. (2014). Analýza religiozity mladých katolíkov na Slovensku. Poznatky zo sociologického výskumu. 1. Ed. ISBN 978-80-7141-884-9. Trnava: Dobrá kniha. Pp. 173-183.

Жадько В. А.,

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,
vit.zhadko@gmail.com

РЕЛІГІЯ ЯК СОЦІАЛЬНО-ДУХОВНА ДЕТЕРМІНАНТА ІНДИВІДУАЛЬНОГО ТА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Започатковуючи обговорення будь-якої актуальної для суспільства проблеми, наукова громадськість далеко не завжди дотримується методологічного правила. А саме: попереднього визначення змісту основних понять, за допомогою яких вони можуть бути вирішені. Цього вимагає закон тотожності, відомий їй, але чомусь ігнорований на тій підставі, що йдеться про конференції науковців, які, знаючи зміст законів пізнання, невинно сліднують йому. Власний досвід участі в них не дає підстав для такого умовиводу. Між тим без єдності наукової спільноти в розумінні її представниками змісту понять в статусі “душі методу” (Гегель) вона не стає як для неї самої, так і для суспільного загалу впливовим суб'єктом його організації в аналогічному суб'єктному статусі. Думки ж окремих видатних мислителів не впливають на якість громадської думки. Ба, більше, вони привласнюються нею, стаючи змістом народної мудрості. Звідси й постійні заяви освічених людей, надто ж тих, які обирають для себе політичну партійну кар'єру, до мудрості народу, який нібито мудріший за справжніх носіїв об'єктивних знань і продуктивних наукових та суспільних ідей.

Сказане чітко проявляється і в плані масового захоплення науковою громадськістю в різних її галузевих проявах релігією в тому вигляді, як вона впродовж тисячоліть сприйнята народним загалом. Тобто, в її церковно-інституціональному, тісно пов'язаному з політико-правовими державними владно-примусовими інститутами. Тому є потреба в черговий раз звернутись до понятійного визначення сутності релігії як освяченої філософської мудрості в її заклик до людини стати на шлях самопізнання.

Отже, спробую обґрунтувати понятійно визначене розуміння суті релігії як певного типу світоглядної мотивації поведінки людини. Цілком очевидно, що воно має виходити з семантичного змісту самого слова. Достатньою підставою для цього є те, що, по-перше, мова є арсеналом мислення, по-друге, саме мова творить людину як носія загально-родового історичного досвіду і окремих народів, і людства загалом. Таким є висновок чільного представника сучасної філософської антропології Е. Морена, зроблений ним на основі фундаментальних праць. Справді, “має рацію твердження, що не людина створила мову, а мова створила людину; проте, заявляючи про це, обов’язково додавати, що мова створена гомінідами. Відтоді мова вже не слугує знаряддям комунікації й, у більш широкому розумінні, складної організації суспільства. Вона також перетворюється на культурний капітал, стає носієм сукупності знань суспільства і його навичок. Відтоді починається формування мови культури всередині системи суспільства” [2, с. 97]. При цьому мова культури природи визначає мову й культуру самого суспільства. На цьому наголошував також М. Гайдеггер, стверджуючи: “Завдяки грецькою мовою почутому слову ми знаходимось безпосередньо біля самої речі, яка перед нами, а не біля одного лиш значення слова” [3, с.116]. В цьому суть герменевтичного методу як такого, який поєднує слово, засвоєну систему мовлення і виконання його змісту мовниками. Бо звучання мови це ніщо інше, як культура природи, яку людина, формуючи культуру суспільства, зобов’язана трансформувати в систему суспільного та індивідуального мовомислення, а не звичного слово-говоріння.

Словник латинської мови, яка багато в чому перейняла змістовні характеристики грецької мови, наводить широкий смисловий перелік значення слова релігія. Причому, всі значення поєднані між собою тим, що вони суть: **“religatio, onis** [religo] прив’язування, підв’язування” [1, с. 866]. Це вже атрибутивна ознака закону, адже все зі всім взаємодіє, тому нерозривно взаємопов’язане. Що стосується переліку наведених значень слова **religio, onis**, то вони такі: совісність, добросовісність, благочестя, благоговіння, благоговійне відношення, набожність, богослужіння, богослужбові обряди, святість, святиня, священний предмет, предмет культу, сумнів, невпевненість, моральні сумління, нерозуміння, здивування, зачудування, невпевненість, злочин проти совісті, гріх, провина, муки совісті, заботон, ретельність, точність, віщування, знамення [1, с. 866]. Таким чином, **релігія** в її понятійному=філософському визначенні може характеризуватись як **нерозривна святість зв’язку світоглядно-мотиваційної поведінкової свідомості людини як з досвідом пращурів, так і в безпосередніх взаємовідносинах і взаємозв’язках із сучасниками**. Тобто, це досить складний духовний феномен, що має бути визначальним стрижнем в усіх формах міжлюдських, міжнародних, міждержавних відносин. Дотримуватись всіх перелічених складових не лише пересічна, але й непересічна людина нездатна, тому єдиним суб’єктом релігійної поведінкової практики оголошується Бог в якості поняття, мотиваційний зміст якого адекватно втілений в породжену його духом окрему людину – Ісуса Христа. Він не вчився, але в стані одкровення адекватно перейняв суть вчення. Для всіх тих,

до кого воно не приходить, вчення може бути засвоєне, але вже з певними відхиленнями від норми. Тому в католицизмі до боголюдей зараховані ангели як провісники об'єктивної логіки Буття, пророки, філософи, вчені, вчителі. Таким чином виходить, що всі ті, хто намагається слідувати перерахованим душевним станам, всього лиш намагаються проявити власну релігійність і богобоязливість. З цих позицій кожна людина релігійна, але різною мірою. Найбільш релігійними людьми якраз і є перелічені щойно категорії людей. Але на першому місці серед них мають бути люди, професійно зайняті філософією і як “матір'ю наук”, і як такі, що своїми досягненнями сприяли становленню самої релігії в її моністичному вигляді. Йдеться про античних філософів, найперше Платона, Арістотеля, Епікура, Сенеку, Плотіна, Августина Святого та ін.

Перераховані ознаки поняття релігія, з одного боку, характеризують складність зберігання людиною стану душевної рівноваги як міри її спокою та нормативної властивості її фізичного здоров'я. З іншого, без втрати рівноважного стану в ній не пробуджується дух пізнання, результати якого у вигляді законів, правил, принципів, норм поведінки мають бути покладені в основу організації суспільства. Звідси драматизм людського буття, виражений Августином у вигляді судження про те, що він народився для смертного життя й живої смерті водночас.

Так постає філософська проблема, виражена нагальною життєвою проблемою, суть якої в необхідності роздумів щодо сенсу життя, оскільки воно “пахне трупом”. Її вирішення, очевидно, в тому, що власне життя кожна людина має розглядати під кутом зору свого власного індивідуального й громадського здоров'я. Цього вимагають дві протилежні мудрі філософські максими. А саме: “у здоровому тілі здоровий дух” та “здоровий дух у здоровому тілі” (Д. Локк). Це ті діалектичні протилежності, які постійно супроводжують існування кожної людини в координатах наближення неодмінної біологічної смерті, або ж безсмертя як наслідку духовно-пізнавального способу життя впродовж всього часу його тривалості. Власне кажучи, філософія екзистенціалізму якраз і вирішувала цю драматичну проблему. Вона може набути й набуває ознак трагічності, якщо людина, вже ставши дорослою й певним чином освіченою, сприймаючи смерті інших людей, не замислюється над тим, яким чином та якими способами їй витіснити смерть зі своєї повсякденної свідомості, а не змиритись зі звичним “всі там будемо”. Але ж “там” – це або в забутті, час настання якого досить короткий, або ж у вічності буття суспільства доти, доки відкриті смертною людиною за її життя закони, витвори мистецтва, суспільні діяння й т. п. не стають для живих людських поколінь об'єктами постійної опори на них.

Отже, традиційно релігія асоціюється з діяльністю церкви. Принаймні, це судження вірне щодо прихожан. Але така асоціація, будучи надбанням масової свідомості, не спонукає їх до розуміння філософської сутності релігії, адже дотримання культової обрядовості швидше сприяє практиці ідолопоклонства, а не формуванню “уміння розуміти” (Монтень). Далеко не завжди це властиво й освіченим людям, включно з вченими й науковцями. Особливо ж тим, хто обирає для себе політичну діяльність, чинячи при цьому

свідомий обман виборців нездійсненими обіцянками на чудесне настання “кінця епохи бідності” та “покращення життя вже сьогодні”.

Філософія як заклик людини до самопізнання й водночас як основа релігії в наведених значеннях слів, які визначають душевний стан людини, якраз і розглядає її тіло як божественний у своїй святості постійно діючий храм, а не храм самого Бога як поняття, в якому здійснюються всі зазначені мисленнєві процеси. В цьому слід вбачати трипостасну – тіло, душа, дух – сутність людини, злагоджений і гармонійний взаємозв'язок яких в їх активній діяльності тільки й забезпечує її фізичне, моральне й пізнавальне здоров'я. І, як наслідок, рівноважний стан суспільства. Звичний церковний заклик до миру і злагоди у сподіванні на досягнення такого стану ніщо інше, як свідомий обман її ієрархів. Що ми маємо нагоду спостерігати впродовж вже понад десяти років в Україні.

Література:

1. Дворецкий И. Х. Латинско-русский словарь. М.: “Русский язык”, 1976. 1096 с.
2. Морен Е. “Втрачена парадигма”, *Філософська думка*. – №5-6. – 1995. – С.110-130.
3. Хайдеггер М. “Что это такое – философия?”, *Вопросы философии*. 1993. №8. С.113-123.

Кудин О. О.,

НМУ імені О. О. Богомольця,
oookudin61@gmail.com

ОСОБИСТІСТЬ У НОВІТНІХ РЕЛІГІЙНИХ КУЛЬТАХ

Новітні релігійні культи відображають зміни в духовному житті суспільства, що пов'язані з глобалізацією, секуляризацією та пошуком нових сенсів. Вони виникають у відповідь на запити сучасної людини, яка шукає альтернативу традиційним релігіям.

Ключові риси Новітніх релігійних культів:

- Синкретизм: поєднання елементів різних релігій, поглядів і культур.
- Індивідуалізм: акцент на особистому досвіді та духовному розвитку.
- Глобальність: поширення культів через медіа та мережі, долаючи культурні й географічні бар'єри.
- Гнучкість: адаптація до соціальних і культурних змін.
- Соціокультурне значення: дані системи відповідають потребам постмодерного суспільства, пропонуючи нові способи розуміння світу та самореалізації. Вони також відображають зміну традиційних ідентичностей і пошук духовної свободи.

До нових релігійних рухів належать так звані неорелігії, які оформилися порівняно недавно у другій половині ХХ ст. Поява їх зумовлена змінами світоглядних парадигм, кризою традиційних релігій, взаємовпливами різних ку-

льтурних світів. Водночас неорелігії постають як результат релігійної ініціативи окремих осіб, котрі, базуючись на певній віросповідній традиції або синкретизмі декількох, творять нове віровчення, культ, організацію. Остання вважається самодостатньою і незалежною від будь-якого релігійного центру [1].

Новітні релігійні культи виникають у відповідь на глибокі суспільні трансформації: глобалізація, урбанізація, посилення індивідуалізму та ослаблення традиційних релігійних структур. Вони задовольняють потребу в духовності, яка адаптована до сучасного способу життя. Особистість у цих системах стає не лише об'єктом впливу, але й активним учасником у створенні нових форм духовності. Новітні релігії нерідко інтегрують елементи психології, філософії та навіть науки, щоб відповідати запитам сучасної людини.

Фокусуються дані культи на унікальних потребах кожної людини. Вони відмовляються від суворих норм, доктрин і спільних ритуалів на користь індивідуалізованих практик, таких як медитація, афірмації чи духовні тренінги. Особистість у цих системах стає творцем власного релігійного шляху, орієнтуючись на внутрішні почуття і саморефлексію. Таким чином, Релігія перстає бути універсальною та стає більш «індивідуальною».

Новітні релігійні системи часто будуються навколо харизматичних лідерів, які здатні захоплювати людей своїми ідеями та баченням. Їхній вплив виходить за межі релігії: вони стають символами змін і нових ідей. Лідери таких систем пропонують моделі самовдосконалення та обіцяють відповіді на фундаментальні питання, що хвилюють сучасну людину. Харизма, інтелект та ораторські здібності цих осіб дозволяють їм створювати цілі рухи, які часто набувають глобального масштабу.

Роль особистості у становленні та поширенні нових релігійних рухів є визначальною. Засновники або ключові фігури нових релігій зазвичай виконують такі функції:

Ініціатор ідей: Особистість формує нове релігійне вчення, яке часто виникає як результат унікального духовного досвіду, нових інтерпретацій традиційних вірувань або реакції на соціальні виклики.

Лідер і натхненник: Харизма засновника допомагає залучати послідовників. Його особиста енергія, переконання та вміння комунікувати сприяють поширенню ідей.

Моральний авторитет: Засновник виступає як взірець духовного життя, що зміцнює віру в істинність його вчення.

Інституціоналізація віри: Особистість засновника часто сприяє створенню організаційних структур для підтримки й поширення нової релігії.

Культурний вплив: Харизматичний лідер може адаптувати ідеї до потреб і культури конкретного суспільства, що робить релігію зрозумілою і привабливою для широкого кола людей.

Таким чином, особистість відіграє ключову роль на етапах створення та первинного поширення релігії, забезпечуючи її розвиток і інтеграцію в суспільство [2].

Новітні релігії створюють практики, спрямовані на розвиток внутрішнього світу особистості. Вони акцентують увагу на етичних принципах, які не диктуються зверху, а формуються з урахуванням особистих цінностей та світогляду. Це може включати роботу зі свідомістю, практики медитації,

групові тренінги для покращення психологічного стану.

Релігія стає інструментом для досягнення гармонії особи зі світом, що робить її більш привабливою для сучасного суспільства.

Дослідження сучасних тенденцій у релігійності вказують на зростання індивідуалізації та споживацького підходу до віри. У статті Михайла Гордієнка “Пріоритети світогляду та поведінки релігійно мотивованої особи” аналізуються моральні та трансцендентальні чинники формування особистості та мотивація її релігійного життя в сучасному світі. Автор зазначає, що меркантильно-споживацькі інтереси розмивають гомогенне середовище релігії та усталені світоглядні парадигми віри, нівелюючи духовне спасіння людини [3].

У сучасному світі люди часто сприймають релігію як продукт, який можна обирати, залежно від потреб. Новітні релігії адаптуються до цієї тенденції, пропонуючи «духовні сервіси», які легко втілюються у повсякденне життя. Наприклад, пропонуються короткі курси медитації, вебінари чи мобільні додатки для духовного розвитку. Це змінює роль релігії: вона стає не обов'язковим елементом життя, а вибірковим засобом для досягнення психологічного та духовного благополуччя.

Технології стали невід'ємною частиною релігійного досвіду сучасної людини. Вони розширюють можливості для духовного розвитку, роблять релігію доступнішою та інтерактивнішою, але також вимагають від суспільства переосмислення традиційних підходів до релігійності. Важливо зберігати рівновагу між використанням технологій та дотриманням духовних цінностей.

Сучасні технології відкрили нові можливості для релігійних систем. Онлайн-курси, соціальні мережі, блоги та форуми створюють простір для обміну духовним досвідом. Особистість тепер може вільно обирати з-поміж багатьох релігійних платформ і знаходити ті, що найбільше відповідають її потребам. Віртуальні релігійні спільноти дозволяють людям із різних куточків світу відчувати єдність і взаємодію у духовній сфері.

Попри популярність, новітні релігії нерідко піддаються критиці за маніпулювання свідомістю та експлуатацію духовних пошуків. Деякі рухи можуть вдаватися до фінансового чи психологічного тиску на своїх послідовників. Також існує небезпека ізоляції індивіда від соціуму, особливо якщо релігія пропагує радикальні погляди. Важливим завданням сучасності є дослідження цих ризиків та створення механізмів захисту особистості.

Новітні релігійні системи є відповіддю на виклики глобалізації, технологізації та кризи традиційних цінностей. Однак їх критика заснована на занепокоєннях щодо втрати автентичності, маніпуляцій і поверховості, що потребує глибшого аналізу і розуміння їхньої ролі у формуванні сучасного релігійного досвіду.

Особистість у новітніх релігіях виконує не лише роль пасивного споживача, а й активно впливає на їх еволюцію. Завдяки критичному мисленню та адаптації до нових умов, послідовники можуть змінювати релігійні практики, інтегруючи нові елементи. Наприклад, розвиток еко-релігій чи духовних практик, орієнтованих на сталий розвиток, свідчить про активну участь особистостей у формуванні сучасної релігійної культури.

Отже, Новітні релігійні культи виникають як відповідь на соціокультурні

виклики сучасності, забезпечуючи альтернативу традиційним релігіям. Особистість стає центральною фігурою, а релігійний досвід набуває форми, орієнтованої на актуальні потреби людини. Сучасна людина сприймає релігію як засіб для вирішення своїх духовних і психологічних потреб.

Література:

1. Історія релігій світу: навч.-методич. посібник для студентів філософського факультету / М. В. Лубська, Д. В. Білозор, О. О. Кудин, В. І. Лубський, Т. І. Лубська / за ред. д. філос. н., проф. М. В. Лубської. Київ: Вид-во "Центр учбової літератури", 2022, 852 с.
2. Москаленко В. В. Соціалізація особистості: монографія. – К.: Фенікс, 2013. – 540 с.
3. Гордієнко М. Пріоритети світогляду та поведінки релігійно мотивованої особи. – URL: www.religio.org.ua

Недавна О. В.,

Інститут філософії імені Г. С. Сковороди НАН України,
okyjanka@gmail.com

ДІЯЛЬНІСТЬ РИМСЬКО-КАТОЛИЦЬКОЇ ЦЕРКВИ В УКРАЇНІ З ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ СУЧАСНОЇ ВІЙНИ

Гостра потреба українців у підтриманні психологічного здоров'я, яке піддається великим випробуванням під час війни, зробила дуже актуальною відповідну допомогу всіх чинників, які на це здатні. І серед них – Церкви, чії священнослужителі можуть зарадити з духовними складовими стресостійкості, що й почали вивчати колеги-релігієзнавці та психологи (Е. Бистрицька, С. Бабинська, Л. Гридковець, О. Горгота, О. Чмель-Колеснікова та ін). Однак такі дослідження тільки розгортаються, і поки бракує аналізу особливостей організації та змістовних напрямків психологічної допомоги в різних Церквах.

Римсько-католицька Церква (далі – РКЦ) має великий досвід діяльності зокрема у даній сфері. Ця Церква приділяла увагу психологічній допомозі потребуючим серед іншої соціально-гуманітарної роботи і до початку війни: вона надавалась в осередках Карітасу і Мальтійської служби допомоги. У РКЦ в Україні відповідною ділянкою роботи опікуються Комісії "Карітас-Спес", загального душпастирства, душпастирства родин, військового душпастирства, у справах інтегрального розвитку людини, церковних рухів і спільнот та ін., координуючи різні проекти та ініціативи.

З початком воєнної агресії РФ у південно-східні терени України, психологічна допомога стала ще актуальнішою для всіх, хто досвідчив втрати домівок і близьких, жахи окупації і полону, тож РКЦ відповіла організацією Центрів психологічної реабілітації. Зокрема, у деокупованому Слов'янську з 2017 р. працює Центр психологічного відновлення "Промир" [6], облаштований коштом Акції "Папа для України". У ньому працюють психологи, які пропонують безоплатну психологічну допомогу дорослим та дітям.

Там проводяться групові заняття психологічної підтримки та індивідуальні психологічні консультації, корекційні групи для дітей з особливими потребами. Індивідуальні психологічні консультації та індивідуальні заняття з логопедом.

За спостереженнями психологів “Промиру”, дорослі приводять туди своїх дітлахів, котрі у стресах і страхах, мають проблеми у спілкуванні. Важливо, що консультанти цього Центру роз’яснюють дорослим, що стан дітей залежний від їх власного удому. Відтак психологи допомагають дорослим віднайти світоглядне опертя для резильєнтності, звертають увагу на надійні духовні ресурси, які надаватимуть сили жити далі, працювати й бути прикладом для молодших. Такі наголоси надто актуальні у наш час, оскільки апеляція до власної відповідальності дорослих за психологічне здоров’я своє та своїх дітей, налаштовує шукати свої стресо-відпорні потенції, спонукає сприймати себе не як безпомічну жертву, а як борця, котрий має перемогти своє поранення. На цьому шляху пропонуються духовні поради: як прийняти те, що вже сталося, як робити можливе з надією на Господа, котрий надасть допомогу з неможливим.

Аналогічно працює і створений РКЦ у жовтні 2021 р. у Києві Центр розвитку та психологічної допомоги святого Йосифа [7]. Там проводяться індивідуальні консультації психотерапевта, онкопсихолога і практичного психолога, а також і колективні зустрічі-заняття. У цьому Центрі працюють світські психологи і священнослужителі з професійною психологічною освітою. На персональних зустрічах з емоційної стабілізації використовуються сучасні методики для опанування емоцій, викликаних стресом, для актуалізації й використання власних внутрішніх ресурсів. Учасники таких зустрічей-тренінгів набувають знання, як запобігати травмуванню стресами [9] – таким чином, психологічна терапія стосується не лише того, що вже трапилось і сприймається як травма, але й звертається увага на можливість духовного інструментарію профілактики травмування. Успішність такого підходу, засвідчена особистими польовими спостереженнями авторки, особливо відрядна у випадках, коли йдеться про дітей та молодь, майбутнє України: йдеться про зустрічі у Центрі святого Йосифа в рамках міжнародної програми для підлітків “Слова: вікна, або стіни”, у терапевтичній групі “Нарешті жити – 12 кроків до повноцінного життя”, на заняттях арт-терапії.

Разом з тим, масштабний вплив воєнного лихоліття на психологічне здоров’я українських громадян спонукав РКЦ до навчання своїх душпастирів, як надавати психологічну допомогу потребуючим на місцях, у парафіях, місіях і скрізь, де виникає відповідний виклик. Восени 2022 р. стартували студії проекту “Психологічна допомога та духовна підтримка в час війни”, у яких беруть участь семінаристи й духовенство РКЦ. Даний проект постав з ініціативи Міжнародної католицької міграційної комісії, котра фінансує проекти у сфері душпастирської опіки, захисту психічного здоров’я і психосоціального консультування [1], і у ньому беруть участь священнослужителі РКЦ і Української Греко-Католицької Церкви (далі – УГКЦ). Їх підготовка здійснюється таким чином, щоб вони могли надавати психологічну допомогу всім, хто постраждав на війні: як військовим, так і цивільним. Викладачами є світські психологи та священнослужителі РКЦ й УГКЦ, що набули потрібної

кваліфікації. У навчання входить знайомство з базовими психологічними принципами роботи з людьми, що зазнали втрат і насильства, стали свідками травматичних подій або брали участь у воєнних діях [2].

Суттєву частку психологічної допомоги у своєму соціально-гуманітарному служінні українцям здійснюють благодійні католицькі організації Карітас, Мальтійська служба допомоги, Лицарі Колумба та ін. Ці міжнародні організації вже чимало років мають в нашій державі свої відділення, де працюють українці, що мають такий самий досвід життя до і під час війни. Названі організації реалізують різноманітні проєкти, що включають психологічну підтримку, реабілітацію і навчання; тренінги стресостійкості серед них є особливо актуальні, оскільки спрямовані на профілактику психологічного травмування. Серед відповідних проєктів є всеукраїнські, регіональні чи призначені для окремих соціальних, вікових та ін. груп населення України. Так, в Карітасі-Спес України здійснюються проєкти “Відновлення належних умов життя та зміцнення психосоціальної стійкості”, “Забезпечення потенціалу психосоціальної підтримки дітей та молоді в Харківській області України”, “Безоплатна медична допомога”, “Розвиток самоорганізації та стресостійкості у дітей та молоді України під час війни через соціально-емоційну підтримку та відповідні заходи”, “Комплексна підтримка сімей з дітьми з інвалідністю” та ін. [3; 4]. Робота з психологічної підтримки у Карітасі починається розпочинається “з порогу”: психологи зустрічають бенефіціарів на пунктах реєстрації та видачі гуманітарної допомоги, адже у таких ситуаціях люди вразливі, і можуть вже потребувати психологічної допомоги.

В Мальтійській службі допомоги працює Центр психологічного супроводу і підтримки. Він має відділення у Львові, Харкові, Самборі і Золочеві, де відбуваються індивідуальні консультації і групові заходи: тренінги з подолання стресів та горя, арттерапія й музикотерапія, майстер-класи і воркшопи, психоедукаційні заняття та ін. В Карітасі та Мальтійській службі допомоги працюють також мобільні групи швидкого реагування, які виїжджають на локації під час атак і надають постраждалим першу психологічну допомогу [8]. Цікаво, що Мальтійські Центри психологічного супроводу і підтримки співпрацюють з проєктом “Лінія психологічної підтримки для чоловіків 2345”, що уможливорює для спеціалістів цих Центрів швидку реакцію на дистанційні запити допомоги [5]. Сполучення можливостей надавати психологічні консультації онлайн і офлайн дозволяє “мальтійцям” працювати з різними категоріями потребуючих чоловіків, згідно їх побажань.

“Лицарі Колумба”, братерська організація католиків-чоловіків, також займається, серед іншої своєї діяльності, психологічною підтримкою – своїх членів, їхніх родин, а також і переселенців, інших потребуючих у тих середовищах, до яких дотична [10].

Отож, можна висувати, що психологічна допомога Римсько-католицької Церкви в Україні організована системно, через відповідні Центри і силами благодійних католицьких організацій (Карітас, Мальтійська служба допомоги та ін.) включає стаціонарні та мобільні варіанти, відбувається із залученням світських психологів та фахово підготовлених власних священнослужителів та мирян, націлена на різні категорії потребуючих, яким пропонує сучасні

методи психологічних консультацій. Особливо варто відзначити зусилля із профілактикування психологічних травм, спрямування отримувачів допомоги на оволодіння ними світоглядних і духовних запобіжників руйнівного впливу стресів. Подальше вивчення такої діяльності РКЦ та інших Церков дозволить зробити їх психологічну допомогу відомішою для ширшого кола потребуючих та виводитиме на нові дослідницькі відкриття у релігієзнавстві та в інших гуманітарних галузях.

Література:

1. Брюховичі: підготовка семінаристів до викликів, що залишає війна. (2023). *Римсько-Католицька Церква в Україні*. – URL: <https://rkc.org.ua/blog/2023/01/24/bryuhovychi-pidgotovka-seminarystiv-do-vyklykiv-shho-zalyshaye-vijna/>
2. Вишкіл для семінаристів, як працювати з травмами: “Люди питають, як їм тепер жити”. (2023). *Львівська Архідієцезія Римсько-Католицької Церкви в Україні*. – URL: https://www.rkc.lviv.ua/news_view-Vushkil_dlya_seminarustiv_yak_pracyuvatu_z_travmamu_Lyudu_putayut_yak_im_teper_zhutu_-ua
3. Діючі проекти. (2025). *Карімас-Снес Україна*. – URL: <https://caritas-spes.org.ua/page/dijuchi-proekti>
4. Завершені проекти. (2024). *Карімас-Снес Україна*. – URL: <https://caritas-spes.org.ua/page/zaversheni-proekti>
5. Мальтійська служба допомоги на форумі “Чоловіча розмова про емоції”: підтримка психічного здоров'я чоловіків в Україні. (2024). *Мальтійська служба допомоги*. – URL: <https://malteser.ua/2024/10/21/maltijska-sluzhba-dopomohy-forum-cholovicha-rozmova-pro-emotsiyi/>
6. У Слов'янську психологи допомагали постраждалим від бойових дій: Папа для України. (2018). *Львівська Архідієцезія Римсько-Католицької Церкви в Україні*. – URL: https://www.rkc.lviv.ua/news_view-U_Slovyansku_psuxologu_dopomagalu_postrazhdalum_vid_bojovux_dij_Papa_dlya_Ukrainu_-ua
7. Християнський центр психологічної допомоги запрошує на зустрічі. (2022). *Римсько-Католицька Церква в Україні*. – URL: <https://rkc.org.ua/blog/2022/09/20/hrstyianskyj-czentr-psyhologichnoyi-dopomogy-zaproshuye-na-zustrichi/>
8. Центр психологічного супроводу і підтримки. (2025). *Мальтійська служба допомоги*. – URL: <https://malteser.ua/psychologichna-pidtrymka-maltiyska-sluzhba/>
9. Центр розвитку та психологічної допомоги св. Йосифа – простір соціальної підтримки і консультування. (2023). *Радіо Марія*. – URL: <https://radiomaria.org.ua/centr-rozvitku-ta-psyhologichno-dopomogi-svyatogo-iosifa-prostir-socialno-pidtrimki-i-konsultuvannya-13304>
10. Що ми робимо. (2025). *Лицарі Колумба. Національна Рада в Україні*. – URL: <https://lytsarikolumba.com/lytsari-v-dii/>

ШЛЯХ ХРИСТІЯНСЬКОЇ СПІЛЬНОТИ В СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

Приналежність до спільноти сьогодні постає одним з найбільш актуальних питань для сучасної людини. В умовах поширення анонімної комунікації, радикального індивідуалізму, духовно-культурного релятивізму все частіше акцент ставиться на індивідуальні досягнення, конкурентоспроможність, матеріалізм, пріоритетність особистого зростання над груповою ідентичністю що зумовлює зростання соціальної ізоляції, самотності. Ці спонукають більше уваги звертати на досвід життя людини в спільноті, яка є необхідною умовою повноцінного життя, самореалізації, усвідомлення людиною свого покликання.

Упродовж тисячоліть до найпоширеніших спільнот належать релігійні. В Україні вони провадили важливу духовну, культурно-освітню, політичну діяльність, прикладом чого є церковні братства. У християнських спільнотах де практикуються чесноти віри надії та любові людина вчиться служити іншому, відверто говорити про свої слабкості та проблеми, отримувати співчуття, розраду, допомогу в складних життєвих ситуаціях. Особливо важливою ця підтримка є у складні кризові періоди, які трапляються в житті кожної людини і особливо в часи війни.

В Україні діють різні релігійні організації, які значну увагу в своїй доктрині приділяють спільнотам що розглядаються як необхідний засіб духовного навернення та розвитку індивіда, покликані зробити християнство більш впливовим в суспільстві. Пошуки організації спільнот відповідно до християнських настанов призвели як до відродження історичних моделей і практик так і винайдення нових з-поміж яких можна назвати нові рухи та організації які діють в Україні, наприклад спільнота "Галилея", "Благословення", Неокатеуменальна Дорога, Світло-Життя, Віра та Світло та інші.

Хоча ці рухи мають багато відмінних організаційних засад, спільним для них є акцент на трьох складових на шляху до християнського навернення: Слові Божому, Літургії та Спільноті що ведуть до поглиблення віри, зміни способу життя. Значна увага в рухах приділяється спільнотам, які розглядаються як особливо важливі інструменти для формування зрілої віри. Християнські спільноти в нових релігійних рухах є відповіддю на серйозні проблеми які є в сучасному суспільстві позначеному кризою віри, надмірним індивідуалізмом, моральним релятивізмом. Зустріч із Христом відбувається не лише у слові, таїнстві та молитві, а й у ближніх, які, відкриваючись один одному, у позиції служіння та самовіддачі стають джерелом життя. У християнській спільноті людина з егоїстичним світосприйняттям трансформується в нову - яка дарує себе іншим, основою її стилю життя є "агапе" – безкорислива, євангельська любов, яка приносить радість від спілкування з іншими людьми, взаємного ділення. Такі спільноти розглядаються як основа та інструмент для розбудови життя церкви [4, с. 90]. Зокрема, своїми завданнями рух Світло-Життя поруч із трансформацією індивідуального духовного життя своїх членів вважає побудову "нової спільноти" "нових людей", які б дали свідчення ширшому

соціальному середовищу через відповідність між фактичним способом життя його членів та їхніми ідеями та принципами. Основними видами діяльності руху є зустрічі в групах, літніх духовних таборах, духовне навчання, релігійні обряди. Крім загальних зборів раз на тиждень відбуваються зустрічі у малих групах де спілкування має неформальний характер і присутня не лише спільна молитва, але й ділення власним досвідом, успіхами та проблемами [5, с. 184-187].

У невеликих спільнотах, на відміну від великих парафій де стосунки між віруючими анонімні, люди мають можливість вчитися любові, проявляти свою віру на практиці допомагаючи один одному в різних ситуаціях і тим бути прикладом для інших. Особливістю християнської спільноти є дія в ній Божої благодаті, Св.Духу, без якої в взаємовідносинах між людьми проявляється егоїзм, своєрідне поглинання людини чи спільноти іншою людиною. Д.Бонгеффер зауважує, що "у духовній спільноті ніколи і жодним чином не існує "безпосереднє" відношення одного до іншого, тоді як людська спільнота виражає глибоке, елементарне людське бажання до безпосереднього контакту з іншими людськими душами" [1, с. 32]. Духовна любов походить від Ісуса Христа і не має безпосереднього доступу до інших осіб, поважатиме межу між іншими і нами, знайде повне спілкування з ним у Христі, який єдиний об'єднує нас [1, с. 35-36].

Християнська спільнота відрізняється від звичайної секулярної спільноти, – як наголошує засновник неокатехуменату Ф. Аргуельо, вона є чимось набагато більшим, знаходиться поза контролем і зоною комфорту, справжня християнська спільнота це боротьба, вона вимагає зміни, оновлення мислення, що неможливо, якщо люди залишаються під впливом пріоритетів і очікувань світу. Багато християн прагнуть досвіду спільноти очікуючи що релігійні зібрання будуть комфортними для них, приносити нові знайомства, позитивні емоції, інші люди відповідатимуть їх уявленням, будуть подібними до них. Проте спільнота не завжди справджує такі очікування, чим допомагає кожному пізнати правду свого життя, того, хто ми є, чіткіше побачити свої темні сторони, до якої міри здатні любити, що ми здатні ненавидіти, нарікати [2, с. 89-91]. У християнській спільноті знищуються фальшиві уявлення, коли люди думають що спільнота зробить їх щасливими, хочуть знаходити в ній лише любов та взаємодопомогу, друзів, "клуб хороших людей, які допоможуть нам зробити наше життя ще буржуазнішим" і коли руйнується цей ідеал, люди розчаровуються і часто покидають спільноту або, покладаючись на Бога, залишаються у ній [3, с. 24].

На такі ж аспекти наголошував і Д. Бонгеффер, зауважуючи що християнська громада це не духовний санаторій куди людина звертається щоб втекти від себе, щоб відволіктися від самотності на короткий час [1, с. 76], вона є духовною, а не психічною реальністю і тому вона не ідеал, а божественна реальність і цим абсолютною відрізняється від усіх інших спільнот. Коли людина шукає якогось особливого соціального досвіду, якого не знайшла ніде, тим християнській спільноті загрожує найбільша з усіх небезпек, оскільки ідеї про те, яким має бути спільне християнське життя не завжди співпадають з реальністю і чим швидше цей шок розчарування прийде до окремої людини та

спільноти, тим краще, оскільки той, хто любить свою мрію про спільноту більше, ніж саму християнську спільноту стає руйнівником останньої, навіть якщо його особисті наміри можуть бути чесними, серйозними та жертвними [1, с. 27].

В сучасному суспільстві християнські спільноти втілюють та виховують любов, увагу, взаємопідтримку між людьми – цінності які необхідні для повноцінного життя, однак стають менш присутніми в сучасному суспільстві коли людина прагне себе оберекти від небезпек з боку “іншого”. Християнські спільноти є викликом та альтернативою домінуючим в суспільстві цінностям індивідуалізму, матеріалізму, тенденції до зменшення уваги та вимог людини до свого духовного та морального рівня. Вони нагадують про необхідність зберігати відкритість на “іншого”, терпіння, готовність до труднощів та не-прогнозованості у взаємовідносинах, що допомагає зростанню у вірі та формуванню глибоких стосунків з іншими людьми.

Література:

1. Bonhoeffer D. Life Together The Classic Exploration of Christian Community. Translated and with an Introduction by John W. Doberstein. 1954. 122 p.
2. Orientamenti alle équipes di catechisti per lo shema per lo shema: appunti presi dai nastri degli Shemà fatti da Kiko e Carmen ad alcune comunità di Roma e Madrid nel 1974. 107 p.
3. Orientamenti alle équipes di catechisti per il secondo scrutinio battesimale: Appunti tratti dai nastri dei secondi scrutini fatti da Kiko e Carmen ad alcune comunità di Roma, Madrid e Barcellona nel 1977. 210 p.
4. Oskwarek P. Droga nowego człowieka według 10 drogowskazów ruchu Światło-Życie formą wcielenia eklezjologii Soboru Watykańskiego II. Praca doktorska z teologii pastoralnej pisana na Papieskim Wydziale Teologicznym we Wrocławiu pod kierunkiem Ks. Bp prof. dra hab. Andrzeja Siemieniowskiego Wrocław 2009. – 239 s.
5. Załęcki P. Between Spontaneity, Institutional Church and State Politics. Oasis Movement in Poland.//Polish sociological review. 1995. 2(110). c.183-191.

СЕКЦІЯ IX.

ФІЛОСОФІЯ МЕДИЦИНИ ТА ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ

Галушко О. С.,
Київський національний університет будівництва і архітектури,
galushko.os@knuba.edu.ua

РОЛЬ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В СУЧАСНОМУ СВІТІ: ФІЛОСОФСЬКИЙ АСПЕКТ

Штучний інтелект (ШІ) сьогодні виходить за межі простого технологічного явища та стає фундаментальним філософським викликом. Цей виклик змушує нас переосмислити традиційні концепції свідомості, інтелекту та пізнання. Сучасний розвиток штучного інтелекту не лише створює революційні зміни в області технологій та суспільства, але й кидає виклик основним філософським парадигмам, які формували наше розуміння розуму та інтелекту протягом багатьох років.

Витоки філософського осмислення штучного інтелекту сягають фундаментального питання “Що таке ШІ?”. Це питання само по собі є глибокою філософською проблемою. Можна сказати, що ШІ – це галузь, яка займається розробкою артефактів, які можуть надійно, у добре зрозумілих умовах навколишнього середовища та протягом тривалого часу, демонструвати поведінку, яку ми, люди, вважаємо інтелектуальною. Або, якщо говорити ширше, поведінку, яку ми вважаємо ключовою для володіння розумом [1].

Традиційний підхід до ШІ ґрунтувався на ідеї, що інтелект можна відтворити через використання символів та логічних правил. Ця концепція була тісно пов'язана з філософськими традиціями раціоналізму та формальної логіки. Однак із часом філософія ШІ еволюціонувала в напрямку емпіричних моделей, які наголошують на важливості навчання з досвіду, розпізнавання закономірностей і ймовірнісного міркування. Це частково відображає історичну дискусію в філософії між раціоналістичними та емпіричними підходами до пізнання [1].

У філософії штучного інтелекту чи не найважливішим є питання переосмислення свідомості та інтелекту. Класична філософія стверджує, що справжній інтелект не існує без свідомості. Р. Декарт вважав, що мислення потребує самоусвідомлення: здатності розмірковувати, сумніватися, усвідомлювати себе як істоту, що мислить. Але сучасний штучний інтелект ставить під сумнів це уявлення.

Сучасні системи ШІ, такі як DeepMind's AlphaZero та OpenAI's GPT-4, здатні виконувати завдання, які вимагають складних міркувань, але роблять це без будь-якої форми самосвідомості. І тут виникає важливе філософське питання: якщо ШІ може писати вірші, приймати стратегічні рішення або розуміти мову без усвідомлення того, що робить, як тоді розуміти, що таке інтелект? Така ситуація вимагає по-новому поглянути на концепції розуму, свідомості та інтелекту.

Розвиток штучного інтелекту змушує нас не тільки по-новому глянути на інтелект і пізнання, а й переосмислити людську природу. ШІ ставить серйозні питання: що відрізняє нас від машин і як може змінитися людська ідентичність, коли ШІ-системи ставатимуть все більш розвиненими? Як зазначено в одному з джерел [3], новітні технології змушують нас знову задуматись про те, хто така людина і чим ми відрізняємось від технології. Чи можемо ми говорити про свідомість, волю, незалежність та інтелект у технології? Відповіді на ці питання допоможуть нам по-новому зрозуміти людину. Людину як феномен де майже немає розділення між живим і технологічним.

Системи штучного інтелекту стають дедалі більш незалежними та розумними і це викликає багато етичних питань. Зокрема, турбують проблеми з приватністю, можливі упередження та несправедливість в алгоритмах ШІ. Тому важливо, щоб рішення, які приймає ШІ, були прозорими та зрозумілими. Також не можна забувати про ризик того, що ШІ може замінити людей на їх робочих місцях. І, звісно, постає питання, чи не стане колись розвинений ШІ загрозою для людства.

Етичні проблеми конфіденційності, підзвітності та упередженості алгоритмів – це не просто технічні виклики. Ці питання зачіпають глибокі моральні принципи, на яких тримається наше суспільство. Але етика І. Канта та утилітарний погляд на збільшення спільного блага дають корисні філософські підходи для вирішення цих питань. Ці теорії дають корисні інструменти для етичного аналізу, впровадження та регулювання штучного інтелекту. Вони в потенціалі зможуть створити таку екосистему, де ШІ буде служити суспільству та поважати права людини. Але розв'язання етичних проблем ШІ – це безперервний процес, який потребує постійного обговорення та коригування. З розвитком ШІ виникатимуть нові питання, і сьогодишні рішення можуть застаріти. Тому важливо, щоб розвиток ШІ не випереджав моральну рефлексію. А для цього потрібна постійна співпраця між інженерами, етиками, юристами та політиками. Разом вони зможуть створити етичні настанови та правила, які не лише сприятимуть відповідальному розвитку ШІ, але й захистять людей і суспільство від потенційної шкоди [2].

Оскільки штучний інтелект розвивається все швидше, нам конче необхідна серйозна філософська дискусія на цю тему. Розмірковуючи про глибинні наслідки цих технологій, ми зможемо спрямувати їх розвиток у русло служіння людству. Штучний інтелект має стати інструментом, що покращить наше життя та допоможе розв'язати нагальні проблеми, не зачіпаючи при цьому цінності, що роблять нас людьми. Майбутнє в еру розумних машин визначатиметься не лише технологічними проривами, а й мудрістю та передбаченням, що впливають з філософських роздумів.

Література:

1. Arkoudas K, "Bringsjord S. Philosophical foundations". *The Cambridge Handbook of Artificial Intelligence*. Cambridge University Press, 2014, pp. 34-63.
2. Liu, G. "Artificial Intelligence and Ethics: Moral Challenges from a

Philosophical Perspective". *Proceedings of the 2024 6th International Conference on Literature, Art and Human Development*, 2024, pp. 408–413.

3. Susan, K. "Neurotechnology, AI, and Human Identity: A Christian Anthropological Analysis and Apologetic Response". *Advances in Social Sciences Research Journal*, 12(3), 2025, pp. 109-114.

Москвін Я. В.,

Харківський національний медичний університет,
yv.moskvin@knu.edu.ua

УЯВА ЯК ФІЛОСОФСЬКА ПРОБЛЕМА

Визначення та дослідження уяви лишається актуальним філософським завданням попри численні досягнення природничих і когнітивних наук. Спроможність уявляти вирізняє людину серед усіх інших створінь на планеті. Філософи завжди розглядали уяву як фундаментальну здатність: від сили, що формує цілісність реальності, – до вияву вільного або навіть контингентного пориву духу.

У неоплатонізмі уява постає як проміжна ланка між чуттєвим і розумним, здатна бути як істинною, так і хибною – залежно від її відповідності ідеальному. Ф. Аквінський тлумачив уяву як "наймичку" розуму, що відтворює та зберігає образи, однак самостійно продукувати істину вона не може. В епоху Нового часу Д. Г'юм розглядав уяву як наслідок асоціації вражень, отже, вона позбавлена особистої достовірності. Для І. Канта уява є здатністю, що поєднує чуттєвість і розум, виступаючи посередником між ними. Вона не доповнює досвід, а є необхідною умовою його можливості. У "Критиці чистого розуму" І. Кант описує трансцендентальну уяву (*Einbildungskraft*) як розумову діяльність, що синтезує розмаїття чуттєвих вражень в єдине уявлення відповідно до рації [5]. Така уява постає як структуроутворююча здатність свідомості, що впорядковує дані чуттєвості, надаючи їм придатну для мислення форму. Без уяви було б неможливим пізнання матеріальних об'єктів і загалом неможливою була б цілісність досвіду. Саме уява конституює поле досвіду, роблячи можливим сприйняття світу як впорядкованої та зв'язаної реальності. Й. Г. Фіхте позначає уяву як безпосередній акт інтуїції, форму творчої самодіяльності Я, що відкриває доступ до Абсолюту. У Ф. В. Й. Шеллінга уява посідає ключове місце в його філософії як динамічна здатність, що поєднує протилежності – свідоме й несвідоме, об'єктивне й суб'єктивне. На відміну від І. Канта, уява у Ф. В. Й. Шеллінга не лише синтезує реальність, а й виступає онтологічною категорією. У "Системі трансцендентального ідеалізму" Ф. В. Й. Шеллінг трактує її як продуктивну здатність Я, яка творить не лише пізнання, а й природу, історію та мистецтво. Через уяву суб'єкт долає розрив між природою й духом, об'єднуючи їх у символічній формі мистецтва – це акт прояву вищої єдності, у якому несвідоме стає свідомим. Отже, уява постає як першооснова творчого процесу. Е. Кассіерер також наділяє уяву здатністю перетворювати

емпіричну дійсність у значеннєві структури за допомогою символічної сфери.

Отже, уявляти – це не синонім фантазувати, а радше його протилежність. Часто вважається, що митці – художники, письменники чи режисери – вирізняються бурхливою уявою, що зазвичай справедливо, однак реалізація творчого задуму передбачає не розмаїття ідей, а, навпаки, здатність зосередитися на одній ідеї й довести її до конкретної реалізації. Творець – це той, хто відфільтровує реальність, обираючи вузький, але точний ракурс. Письменник – споглядач-одинак, який багаторазово, з аскетичною наполегливістю, прокручує в собі різні голоси; а кінорежисер – радше менеджер, здатний організувати команду, ніж фантазер, що творить світи. Інакше кажучи, сила уяви й талант митця полягає не стільки у вигадуванні, скільки у вмінні бачити, чути та зосереджуватись на суттєвому. Водночас, щоби мати розвинену уяву, потрібно вміти тримати в голові одразу декілька елементів – речей, принципів, факторів – потрібен розвинений інтелект. Звичайно, йдеться не тільки про науковий або суто повсякденно-побутовий інтелект. Уява торкається всіх його видів: когнітивного, емоційного, математичного, художнього, музичного тощо. У певному сенсі наш світ – не що інше, як результат Божої уяви. Уява – це здатність творити, проте творчість не є її синонімом. Уява – потенціал, на якому тримається творчість. Щоби щось створити, потрібно спершу уявити, яким воно має бути – і це можливо лише в чарівному просторі уяви.

Умовний простір уявного продукує реальність. Те, що ми називаємо дійсністю є лише актуалізованим варіантом з багатьох можливих. Г. В. Лейбніц пише про потенційні світи – нескінченну кількість можливих реальностей, з яких обирає Бог що саме стане дійсністю. Сам цей вибір передбачає існування уявного простору потенційностей, де всі варіанти співіснують як можливості [7]. Уява не є відривом від реальності, а її передумовою: вона відкриває поле, з якого постають факти. Між дійсним і уявним може пролягати лише один крок – настільки тонкий, що в умовах цифрових технологій він майже втрачає матеріальний вимір. Питання реальності також охоплює низку протиставлень, зокрема: уявне – реальне, реальне – ідеальне.

У М. Гайдеггера в праці “Кант і проблема метафізики” уява постає як глибинна онтологічна здатність, що передує як чуттєвості, так і розуму. Для М. Гайдеггера уява – це не просто гносеологічний посередник між емпіричним і раціональним, а справжнє джерело пізнання. Вона не синтезує чуттєві дані, а відкриває саму можливість буття в часовому вимірі. Саме уява надає доступ до світу як до часового горизонту існування, в межах якого здійснюється пам'ять, мислення та передбачення [3]. Е. Гусерль, у свою чергу, трактує уяву як особливий спосіб спрямування свідомості на предмет, який не даний у безпосередньому сприйнятті, а постає як можливий. Це означає, що уява не є другорядною або ілюзорною функцією, навпаки – вона виявляє здатність свідомості творити смисли навіть за відсутності фактичного об'єкта [4]. Наприклад, можна уявити будинок, який ніколи не існував, і водночас розмірковувати про нього, аналізувати його. Це буде справжній акт свідомості, хоч і в модусі “якби”. Саме завдяки уяві свідомість здатна відсторонюватися від емпіричного світу та переходити до сутнісного бачення – інтуїції сутностей.

Наприклад, можна уявити собаку, птаха, потім ще одну собаку, і врешті-решт дійти до загального поняття “тварина”.

Оригінальний підхід демонструє Ж. Лакан, який виділяє не уяву, а сферу уявного – це один із трьох ключових реєстрів психіки, поруч із реальним і символічним. Для французького психоаналітика уявне (*l'imaginaire*) – це перша структура, з якою суб'єкт зустрічається у процесі власного становлення [1]. Уявне – не сфера творчої свободи, а радше екран, у якому ми бачимо і себе і Іншого, але цей екран спотворює, а не відкриває істину. Тому шлях до визволення суб'єкта – не занурення в уявне, а вихід у символічне, яке несе в собі важливі інтерсуб'єктивні структури. Проте цього також недостатньо, бо реальне у Ж. Лакана – те, що не піддається символізації. Реальне – це завжди розрив, травма або щось невимовне: його не можна збагнути, а лише пережити. Це може бути якась страшна подія або екстатичний стан: любов, смерть чи тілесність у всіх їх діалектичних протиріччях.

О. Вайлд розглядає відсутність уяви як моральний недолік. І справді, людина, яка не здатна уявити наслідки своїх дій для Іншого, навряд чи буде чуйною та моральною. Така уява сприяє дотепності, вона звільняє від нудьги та пересічності [2]. Етичний аспект уяви підкреслюють і інші британські письменники. Уява у Г. К. Честертона та Дж. Р. Р. Толкіна – це не просто спроможність вигадувати, а глибинна здатність сприймати реальність як диво, відкривати незвичне. Загалом, уява для них – це інструмент пізнання істини, а не втеча від правди. У своїх художніх творах Г. К. Честертон послідовно захищав уяву як ключову властивість свободи людини, зокрема в романі “Людина, що була четвергом” та циклі оповідань про священника Брауна. Г. К. Честертон доводить значущість уяви як інструменту розуміння моральних і психологічних мотивів людської поведінки. Окремої уваги заслуговують його публіцистичні та філософські тексти, в яких осмислюється здатність уяви: мета казки не в тому, щоби показати, що дракони існують, а в тому, що їх можна перемогти – ілюструє розуміння уяви як засобу ствердження надії та людської гідності. Для Г. К. Честертона уява тісно пов'язана з вірою: обидві передбачають відкритість до трансцендентного, прийняття меж раціонального пізнання та водночас – готовність до морального вибору. У “Вічній людині” Г. К. Честертон наголошує, що здатність уявляти передбачає прийняття таємниці як невід'ємної складової буття, і в цьому полягає не слабкість, а онтологічна сила [8].

Без уяви здається неможливою соціальність, єдність і спільність. Кожне я повинно бути спроможним до уяви. Уява – це не просто здатність до образного мислення, а безвідмовний метод, завдяки якому ми можемо уявити себе на місці іншого, уявити іншу точку зору, можливий світ, якого ще немає, або світ, що виходить за межі нашого особистого досвіду. Чи можлива демократія без уяви? Навряд чи. Адже демократія – це не лише суспільний лад, а й форма політичного буття, в якій ми повинні завжди уявляти собі Іншого як достойного, як такого, що заслуговує бути почутим. Без уяви можлива тільки механічна, інертна єдність людської маси, де люди зведені до повторюваних ролей. Проте неможлива спільність як живе, динамічне буття, де люди не лише разом, але наразі бачать щось більше, ніж кожен окремо – що постійно підкреслює філософ С. А. Дацюк. Спільність завжди має уявний

горизонт: майбутнє, ідеал, мету, яку можна уявити, і в якій кожен знаходить свою унікальну роль, а не підпорядковується штучному зрівнюванню. Саме це формує так необхідну нам культуру дискусії, яка передбачає наявність уяви, бо образ Іншого формується в залежності від нашого власного рівня розвитку.

Нарешті уява виявляється тісно пов'язаною зі здоровою психікою, духом, інтелектом і тілом. Здорова людина не лише володіє уявою, а й уміє вільно проводити паралелі, знаходити схожість, застосовувати метафори та робити алюзії. Вона вільно рухається в життєвому просторі, не прагнучи насильницьки перекроїти його під власні схеми, її здатність побачити нове в знайомому, схоже в несхожому або відмінне в майже однаковому є ознакою уважності, інтуїції та відкритості до світу, яка дає можливість розвиватись.

Література:

1. Бадью А., Рудінеско Е., Лакан Ж. Сучасність минулого. Діалог; пер. з франц. П. Швед. Київ: КомуБук, 2020. 120 с.
2. Вайлд О. Портрет Доріана Грея; пер. з англ. О. Іваненко. Харків: Клуб Сімейного Дозвілля, 2010. 288 с.
3. Гайдеггер М. Дорогою до мови; пер. з нім. В. Кам'янця. Львів: Літопис, 2007. 232 с.
4. Гусерль Е. Ідеї чистої феноменології і феноменологічної філософії; пер. з нім. В. Кебуладзе. Харків: Фоліо, 2020. 348 с.
5. Кант І. Естетика. Критика естетичної здатності судження; пер з нім. Б. Гавришківа. Львів: Аверс, 2007. 360 с.
6. Кант І. Критика чистого розуму; пер. з нім. та приміт. І. Бурковського. Київ: Юніверс, 2000. 504 с.
7. Лейбніц Г. В. Монадологія; пер. з франц. П. Бартусяка під наук. ред. О. Хоми. Київ: Sententiae, 2013. Т. XXVIII, № 1. С. 151–177
8. Честертон Г. К. Вічна людина; пер. з англ. О. Гладкого. Київ: Свічадо, 2020. 344 с.

Покотило К. М.,

Київський національний університет будівництва і архітектури,
pokotylo.km@knuba.edu.ua

ЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ СПІЛКУВАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ НА МЕДИЧНІ ТЕМИ: МІЖ КОНСЕКВЕНЦІАЛІЗМОМ І КАТЕГОРИЧНИМ ІМПЕРАТИВОМ

Вступ. Штучний інтелект (ШІ) дедалі активніше проникає в сферу охорони здоров'я, пропонуючи нові можливості для діагностики, лікування, пацієнтського супроводу та управління медичними системами. Особливої популярності набули генеративні мовні моделі (LLM), здатні аналізувати симптоми, формувати припущення, відповідати на запити користувачів і навіть імітувати професійне медичне консультування. Такі системи, як ChatGPT, MedPaLM (Google), Galen (Google DeepMind), Babylon Health, а також експериментальні моделі типу MedGPT чи Glass AI, дедалі частіше

застосовуються пацієнтами та лікарями як допоміжні інструменти в ухваленні клінічних рішень.

У цьому контексті постає низка етичних викликів. По-перше, генеративні ШІ можуть справляти враження авторитетного джерела інформації, навіть коли їх відповіді є лише ймовірнісними узагальненнями. По-друге, відповідальність за зміст порад, наданих такою системою, часто розмивається: користувач самостійно трактує відповіді як “нейтральні” або навіть “об’єктивні”, попри те, що в основі лежать алгоритмічно обумовлені припущення. По-третє, виникає питання – чи можливо морально делегувати частину клінічного судження системі, яка не є суб’єктом етики?

Ці питання набувають особливої ваги в умовах високого рівня цифрової довіри користувачів і вразливості пацієнтів у ситуаціях хвороби, невизначеності або паніки. Фактично, мова йде про появу нового типу комунікативної взаємодії, в якій машина, що не має свідомості чи емпатії, відіграє роль квазі-етичного інтерфейсу. У підґрунті цієї взаємодії лежать глибші філософські проблеми – про природу моральної дії, межі делегування етичного судження і роль мови в етиці турботи.

У цих тезах здійснено спробу проаналізувати поведінку ШІ у сфері медичних консультацій як форму гібридного етичного підходу, що поєднує консеквенціалізм (орієнтацію на найкращі результати для пацієнта) та категоричну етику (дотримання принципів – автономія, правдивість, «не нашкодь»). Такий підхід дозволяє краще зрозуміти як потенціал, так і ризики цифрової медичної етики.

Постановка проблеми. На перший погляд, цифрові моделі, зокрема GPT-подібні, лише відтворюють мовні шаблони. Однак їхня участь у формулюванні медичних рекомендацій, навіть у режимі підтримки, вимагає етичного осмислення. Адже пацієнти часто сприймають відповіді ШІ як авторитетні, навіть якщо сам ШІ попереджає про свої обмеження. Це створює нову зону моральної відповідальності.

Медичне мовлення ШІ можна концептуалізувати як поєднання двох етичних традицій. З одного боку, його відповіді формуються з урахуванням статистично ймовірних найкращих результатів – отже, вони ґрунтуються на консеквенціалістській логіці (максимізація користі, мінімізація шкоди). З іншого – у системі вбудовано низку заборон (не ставити діагнози, не призначати медикаментів, не порушувати автономію користувача), що відповідає категоричному підходу Канта, згідно з яким певні дії є неприйнятними незалежно від результату.

Поєднання консеквенціалізму та деонтології в поведінці медичних ШІ-систем виявляє глибоку етичну напругу сучасного цифрового середовища. Консеквенціалістський підхід, зокрема утилітаризм, дозволяє ШІ пропонувати рішення, які ймовірно забезпечують найкращі результати для найбільшої кількості пацієнтів. Це корисно у сфері доказової медицини, де статистика і великі дані мають вирішальне значення. Водночас, деонтологічні обмеження, вбудовані розробниками (наприклад, уникнення тверджень, що можуть трактуватися як медичні приписи), діють як етичні “бар’єри”, що оберігають пацієнта від помилкової інформації.

Однак ШІ не здатен у повному розумінні реалізувати головну чесноту медичної практики – моральне співчуття. Його комунікація, попри ввічливість і точність, залишається симуляцією діалогу, позбавленою емпатії. Також постає загроза так званого морального делегування: медичний працівник може підсвідомо уникати складних етичних рішень, покладаючись на “нейтральність” алгоритму. Але така нейтральність оманлива – алгоритми формуються людьми, на основі конкретних даних і моделей, які вже вміщують ціннісні припущення.

У цьому сенсі особливого значення набуває концепція етичного дизайну ШІ. Не йдеться лише про технічне забезпечення запобіжників, а про потребу в етичній рефлексії щодо меж делегування рішень. Медичний ШІ має слугувати інструментом підтримки, а не заміни етичного судження. Його відповіді мають бути зрозумілими, обмеженими за сферою застосування і чітко маркованими як “не остаточні”.

Висновки. Штучний інтелект у медицині не є самостійним моральним агентом, проте його мовна поведінка вже має етичні наслідки. У цьому контексті доцільно говорити про формування етики відповідального дизайну і відповідального використання. Конструкція поведінки ШІ як поєднання конвенціоналістської орієнтації на благо і деонтологічних обмежень надає змогу балансувати між ефективністю та моральною обачністю. Але лише в умовах чітко окресленої ролі людини – лікаря, пацієнта, дизайнера системи – така модель може зберігати етичну легітимність.

У медичній практиці головними залишаються: автономія пацієнта, гідність особистості, відповідальність суб'єкта рішення. Штучний інтелект – лише засіб, і завдання філософії медицини полягає в тому, щоб окреслити межі, в яких цей засіб служить людині, а не замінює її моральне обличчя.

Література:

1. Boddington, P. (2017). *Towards a Code of Ethics for Artificial Intelligence*. Springer.
2. Floridi, L. and Cowls, J. (2019). “A Unified Framework of Five Principles for AI in Society”. *Harvard Data Science Review*, 1(1).
3. Morley, J. et al. (2020). “The ethics of AI in health care: A mapping review”. *Social Science & Medicine*, DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113172.
4. Topol, E. (2019). *Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again*. Basic Books.

СТУДЕНТСЬКА СЕКЦІЯ

*Напрям 1. Питання філософії, релігії та медицини
у житті і творчості видатних діячів сфери охорони здоров'я*

Сосунович М. С.,

НМУ імені О. О. Богомольця,
mar.so.05096@gmail.com

Науковий керівник:

д. філос. н., проф. Шевченко С. Л.,
професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

СТРАЖДАННЯ ЯК ШЛЯХ ДО МОРАЛЬНОЇ ЗРІЛОСТІ З ПОЗИЦІЙ В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦЬКОГО

Проходячи свій життєвий шлях людина досягає певного рівня моральної зрілості, і страждання у цій подорожі відіграють роль рушійної сили та є відправною точкою до особистісної трансформації. Насамперед варто охарактеризувати саме поняття “моральна зрілість”, що доволі складно, адже термін є багатограним і включає в себе багато аспектів моральних якостей, зокрема: прийняття рішень незалежно від зовнішніх впливів і емоцій, керуючись виключно етичними принципами та зваженням співвідношення добра і зла; вміння брати повну відповідальність за свої вчинки, а також повне усвідомлення їх причин і наслідків; здатність відчувати емпатію до чужого болю, тобто проявляти співчуття та розуміння до їх страждань; вміння поставити прийняття правильного рішення вище власних інтересів, при цьому бути готовим до самопожертви. Все вище перераховане не є повним описом моральної зрілості, але це найбільш яскраво виражені аспекти, які можна розглянути в даній розвідці через призму життя і світогляду В. Ф. Войно-Ясенецького.

Книга “Я полюбив страждання” Войно-Ясенецького – це біографія, в якій можна спостерігати найбільший урок життя автора, спостерігаючи за перебігом подій та проходженням викликів, що поставали перед ним. Урок цей полягав у духовному зростанні через подолання цих складнощів [1]. Моментом, коли він обрав йти цією непростю дорогою, стало його рішення про те, що він не має права займатися тим, що йому подобається, а повинен вступити на медичний факультет, щоб згодом допомагати людям, що страждають. Він поставив благополуччя інших вище своїх уподобань, що є одним із перших проявів його моральної зрілості. Навчання для нього не було легким, але бажання полегшити біль інших було сильнішим, і згодом Валентин Феліксевич усвідомив, що саме в цьому і є його призначення. Протягом життя він допомагав кожному, хто потребував цього, незалежно від соціального та матеріального статусу пацієнта, при цьому під час першого заслання він з ранку до вечора лікував і проводив операції і не брав за це жодних грошей чи винагороди. За свої благородні та чисті вчинки Войно-Ясенецький здобув

повагу серед суспільства та став справжнім прикладом людського милосердя. Його старший син Михайло розповідав: “Батько працює вдень, ввечері, вночі. Вранці ми його не бачимо, він іде до лікарні рано. Обідаємо разом, але батько й тут залишається мовчазним, найчастіше читає за столом книжку” [1].

Паралельно із роботою лікарем-хірургом, Валентин Феліксович зацікавлюється богослов'ям, адже він був переконаний, що саме Бог направляє його. Приймавши священний сан, він почав привносити світло в маси за допомогою своїх проповідей. І саме за глибоку відданість Богу, Святителя Луку було тричі відправлено у заслання, зокрема: за те, що не приховував свої релігійні переконання; через свою приналежність до релігії, адже радянська влада пропагувала атеїстичну ідеологію; небажання відмовлятися від своєї віри. Гідно витримавши всі нелюдські умови, жорстоке відношення та постійні утиски, Войно-Ясенецький пройшов всі складні етапи життя.

Цікаво спостерігати також за відношенням Єпископа Луки до страждань. Він розглядає їх не лише як фізичний і емоційний біль, а як можливість до морального зростання, як необхідність на шляху до пізнання себе та зближення з Богом. Тобто складнощі, на його думку, нашою хвощують на роздуми над проблемами і їх причинами, змушують шукати сенс у допомозі іншим, у відносинах з суспільством, в особистому саморозвитку, а також спонукають до переосмислення цінностей, вибору нових цілей та усвідомлення внутрішніх мотивів. Таким чином страждання постають каталізатором змін, що призводить до зміцнення характеру і емоційної стійкості. Всі випробування, що поставали перед Войно-Ясенецьким, він сприймав спокійно, що вказує на його мудрість та смиренність.

Отже, якщо проаналізувати життя та професійну діяльність Валентина Феліксовича Войно-Ясенецького, то однозначно можна дійти висновків щодо необхідності наявності емпатії, самопожертви та смиренності перед складнощами, що є важливим аспектом для виховання та навчання сучасної молоді, зокрема студентів-медиків. Життя Войно-Ясенецького В. Ф. свідчить про те, як шляхом боротьби з труднощами можна досягти високих моральних принципів і навчитись глибокої відданості своїй справі, співчуття до пацієнтів і незламності перед викликами долі, а його погляди є прикладом, що допомагає майбутнім лікарям сформулювати етичні основи професійної діяльності і усвідомити важливість справжньої людяності в медичній сфері. Варто також зазначити, що взірець Войно-Ясенецького показує, як важливо зберігати духовність у професійній діяльності [2; 3], адже це дозволяє знаходити глибший сенс у роботі.

Література:

1. Святитель Лука (2012), *Я полюбил страдание. Автобиография*, Издательство: Голосеевская пустынь, 222 с.
2. Войно-Ясенецький В. Ф. (2010), *Дух, душа и тело*, ВД “Авіцена”, Київ, 208 с
3. Войно-Ясенецький В. Ф. (Святитель Лука) (2009), *Наука и религия*, ОАО “Симферопольская городская типография”, Симферополь, 160 с.

КЛІНІЧНІ ПІДХОДИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ В ГНІЙНІЙ ХІРУРГІЇ У СВІТЛІ СУЧАСНОЇ КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ

Вступ. Ім'я святителя Луки Войно-Ясенецького назавжди вписане в історію як приклад гармонійного поєднання глибокої віри, медичного професіоналізму та гуманності. Видатний хірург, талановитий дослідник і глибоко віруюча людина, він залишив вагомий слід як у медицині, так і в духовному житті. Його праця “Очерки гнойной хирургии” стала не лише науковим проливом, а й моральним прикладом для наступних поколінь лікарів. Особливої актуальності його хірургічні підходи набувають сьогодні – в умовах збройних конфліктів. Сучасна клінічна практика, попри науково-технічний прогрес, стикається з потребою у простих, ефективних, перевірених часом методах оперування гнійних ран, які були розроблені у надзвичайно складних умовах роботи Войно-Ясенецького.

Мета роботи. Нагадати клінічні підходи святителя Луки в лікуванні гнійної хірургічної патології, здійснити порівняння з сучасними клінічними стандартами.

Виклад основного матеріалу. У 1934 році святитель Лука завершив роботу над “Очерками гнойной хирургии” – монографією, яка стала підсумком його клінічного досвіду, особливо в умовах нестачі антисептиків, медикаментів та належного обладнання. Він акцентує увагу на важливості ранньої діагностики, лапласного розтину гнійників і їх дренирування, а також системного підходу до лікування інфекційних ускладнень.

Клінічний підхід святителя Луки до лікування гнійної хірургічної патології базується на цілісному баченні хвороби та пацієнта. Його методи є не лише науково обґрунтованими, а й гуманістично спрямованими. Святитель особливу увагу приділяв ранній діагностиці, підкреслюючи, що затримка в розпізнаванні та лікуванні гнійних процесів призводить до подальшого розповсюдження гнійно-запального процесу. Він наголошував на необхідності негайного хірургічного втручання при перших ознаках гнійного ураження: розтин абсцесів, флегмон, емпієм мав бути максимально раннім, широким та забезпечувати ефективне дренирування. У сучасній клінічній практиці ці принципи не лише зберегли свою актуальність, а й отримали нові технологічні способи вирішення. Рання діагностика гнійно-запальних процесів сьогодні значною мірою базується на використанні інструментальних методів – УЗД, КТ та МРТ. Завдяки цим методам можливо швидко і точно встановити розповсюдженість вогнища гнійного запалення. Крім того, існують методи лабораторного моніторингу маркерів запалення (СРБ, прокальцитоніну, цитокінів тощо), які дозволяють провести диференціальну діагностику між асептичним та гнійним запаленням та об'єктивізувати тривалість антибіотикотерапії.

Принцип святителя Луки щодо лапласних розтинів гнійних вогнищ базу-

ється на необхідності повного і вільного відтоку гною, з метою запобігання поширенню інфекції. Він підкреслював, що розтин повинен бути анатомічним, прямолінійним і достатньо широким, починатися в здорових тканинах, проходити через осередок ураження та завершуватись у межах життєздатних тканин. У сучасній практиці ці принципи не втратили своєї актуальності. Широкі лапасні розтини все ще застосовуються при важких гнійно-некротичних ураженнях, наприклад, флегмонах, некротизуючому фасціїті, ускладнених абсцесах тощо.

Одним із важливих принципів хірургічного підходу святителя Луки є повноцінне очищення рани. Він наголошував, що недостатня санація або спроба “щадного” втручання часто ведуть до рецидивуючого нагноєння, утворення нориць та септичних ускладнень. Повторна ревізія рани – ще один з важливих етапів лікування, що попереджає ускладнення. Сучасний досвід підтверджує важливість вище згаданих заходів. Принципи, сформульовані святителем Лукою, нині реалізуються через поєднання класичного хірургічного дебрідменту з сучасними технологіями: застосуванням ультразвукових скальпелів, електрохірургічних інструментів, а також методів хімічної, біологічної, антисептики.

Особливої уваги заслуговує підхід до вибору методів дренування. В. Ф. Войно-Ясенецький докладно описував показання до застосування пасивних і активних методів очищення рани, критерії їх ефективності, а також технічні принципи накладання дренажів. У сучасній гнійній хірургії підхід до вибору методів дренування залишається індивідуальним і базується на локалізації процесу, об'ємі ураження, типу збудника та загальному стані пацієнта. Пасивні дренажі, наприклад, марлеві тампони, все ще застосовуються у простих випадках, однак перевага дедалі частіше надається активним дренажним системам, які забезпечують керовану евакуацію вмісту за допомогою постійного або переривчастого вакууму. Сучасні вакуумно-аспіраційні системи не лише ефективно видаляють гній, а й сприяють зменшенню набряку, стимулюють мікроциркуляцію та прискорюють загоєння рани. Технології системи VAC стали стандартом лікування складних та хронічних гнійних процесів, післяопераційних ускладнень, пролежнів та діабетичних стоп. Частіше застосовуються черезшкірні пункційні методи дренування під контролем УЗД або КТ, що дозволяє уникнути більш травматичних операцій у пацієнтів із високим ризиком. Такі методи особливо ефективні при лікуванні абсцесів черевної порожнини, заочеревинного простору, печінки та малого таза. Використання біоактивних та антибактеріальних дренажів, покритих сріблом або антисептичними сполуками, забезпечує профілактику вторинного інфікування та прискорює очищення рани.

Боротьба з анаеробною інфекцією була одним із важливих напрямків роботи Войно-Ясенецького. У XXI столітті підхід до лікування таких інфекцій поєднує передові хірургічні технології в діагностиці (рідинна хроматографія, винахід технологій для мікробіологічного культивування анаеробів) та лікуванні – гіпербарична оксигенація, антибіотикотерапія, але хірургічне втручання залишається ключовим.

Окремо варто згадати морально-етичні принципи ставлення лікаря до

пацієнта. Лука Войно-Ясенецький наголошував, що успіх лікування залежить не лише від технічної досконалості операції, а й від психоемоційного стану хворого, духовної підтримки. Він закликав лікарів бути не лише майстрами скальпеля, а й співчутливими супутниками у стражданнях пацієнтів. Сьогодні, в час соціальних потрясінь, цей деонтологічний підхід святителя Луки набуває більшої актуальності. Доведено, що емоційний стан пацієнта впливає на імунну відповідь, перебіг хвороби та швидкість одужання. В наші дні все ширше застосовується медична психологія, паліативна підтримка, індивідуальне консультування, а в деяких клініках – навіть духовна опіка.

Висновок. Клінічні підходи святителя Луки Войно-Ясенецького до лікування гнійної хірургічної патології пройшли випробування часом. Його принципи ранньої діагностики, адекватного розтину, повноцінної санації рани, раціонального дренування та всебічного підходу до пацієнта не лише зберегли свою актуальність, а й були інтегровані у сучасну хірургічну практику завдяки науково-технічному прогресу. Сучасна хірургія розширила можливості реалізації цих підходів – зокрема, через використання засобів медичної візуалізації, розробки технологій вакуум-терапії, широкого впровадження малоінвазивних методик та сучасних антисептиків. Водночас зберігається головне: системне бачення хвороби, глибока повага до пацієнта як до особистості та усвідомлення моральної відповідальності лікаря. Таким чином, спадщина святителя Луки не лише зберігає історичну цінність, а й надихає сучасних лікарів на поєднання професійної майстерності, наукового підходу та гуманності в щоденній практиці. Його життєвий та професіональний шлях є прикладом того, як глибока Віра та відданість своєму покликанню здатні формувати високі стандарти Людської Гідності навіть у найскладніших умовах.

Література:

1. Войно-Ясенецький- В. Ф. Регионарная анестезия: Диссертация на степень доктора медицины. Пг.: Тип. А. Э. Коллинс, 1915. 228 с.
2. Войно-Ясенецький В. Ф. Очерки гнойной хирургии. 4-е изд. М.: Бином, 2008. 720 с.
3. Мануйлов В. М., Марчик В. В., Шестопалов С. С. Значение духовного и врачебного наследия Святителя Луки — профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого для современной медицины. Материалы посвященные Святителю Луке. С. 93-99.
4. Святитель Лука (Войно-Ясенецкий). Я полюбил страдание (автобиография). М.: Образ, 2006. 128 с.

Охріменко З. М.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
zlata.okhrimenko@gmail.com

Науковий керівник:
д.філос.н., проф. Шевченко С. Л.,
професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

РОЛЬ ФІЛОСОФСЬКОГО ЗНАННЯ В РОЗВИТКУ МЕДИЦИНИ В ІСТОРИЧНОМУ КОНТЕКСТІ

*“Філософія не дає безцінних результатів,
але вивчення філософії дає безцінні результати”*
Тадеуш Котарбінський

Професійна діяльність лікаря завжди виходила за межі суто технічної майстерності та охоплювала широкую філософську перспективу. Філософія виявляє основні ідеї, які сприяють глибокому розумінню лікувальних процесів і визначають підхід лікаря до пацієнта, стимулюючи його до розгляду проблеми здоров'я в контексті соціального, екологічного та глобального впливу. Розуміння філософських основ медицини збагачує професію лікаря, допомагаючи йому усвідомити цілісність процесів людського організму. В цій роботі ми розглядаємо еволюцію філософських підходів у медицині в історичному ракурсі, а також їхній вплив на сучасну медичну практику і значення у світлі культурних особливостей різних епох.

Формування сучасного розуміння медицини стало можливим завдяки багатовіковому впливу різних філософських течій, систем і культур. Спільні ідеї філософії та медицини накладалися та перепліталися, створюючи основу для нових підходів до лікування, зокрема, таких, які враховують як фізичне, так і душевне здоров'я пацієнта. Прикладом такого злиття є відмінність між лікарем з вищою медичною освітою та медичною сестрою із середньою медичною освітою. Як інженер відрізняється від техника, так і кваліфікований лікар, збагачений філософським баченням, володіє не лише засобами і методами лікування, здатний не лише їх застосовувати, але й розуміє глибинний зв'язок між процесами, які пов'язані не тільки безпосередньо із пацієнтом, а також із тим, як на нього впливають його мікро- та макросередовища, суспільство, і світ в цілому.

Західна та східна філософії заклали різні традиції лікування. Так, східні практики ґрунтуються на цілісному підході до лікування тіла і душі. Проте ми живемо в середовищі європейської культури і медицини, породженої європейською філософською думкою, яка, передусім, бере початок ще у культурі античності. Такий європейський підхід сформувався в філософії Древньої Греції, де ще Гіппократ сприяв виникненню “культу здорового тіла” – ідеалу, доступного аристократам, які могли підтримувати та демонструвати

красу свого тіла. Після періоду розквіту Римської імперії там приділяли увагу гігієні та санітарії, тож ці знання передалися наступним поколінням [1].

Згодом спадщина античної науки була збережена та розвинута в арабському світі завдяки арабським вченим, які перекладали та вивчали праці грецьких філософів, а також розвивали нові науки: алгебру, географію, астрономію, хімію, і, серед них своє продовження знайшла й медицина. Виникає питання: що сталося з арабською наукою і чому вона згодом занепадала? Справа у забороні дискусій щодо сутності Бога, що обмежило розвиток філософії та науки, а люди припинили ідейні пошуки.

У той час західноєвропейська філософія розвивалася активніше, сприяючи обміну думками та новим знанням, виникає поняття полеміки. Антична філософія поступово злилася з християнським світоглядом, формуючи науку Нового часу, зокрема наукову основу медицини нового часу. В Середньовічній Європі, зіткнувшись з численними епідеміями, зокрема другою пандемією чуми ("Чорна смерть"), люди почали вдосконалювати гігієнічні стандарти, а лікарі отримали цінний досвід у боротьбі з інфекціями. Суспільне значення лікарської професії значно зросло [2].

Визначним кроком у формуванні нової філософії стала тридцятирічна війна між католиками і протестантами, яка віддалила суспільство від релігійних догм та змінила ставлення до Бога. Відхід від релігійних концепцій призвів до створення теорії прогресу, медицина почала стрімко розвиватися, спираючись на наукове мислення. У світі почала зростати роль науки, виникла ідея її автономії, що зміцнило її значення у суспільстві [3].

У XX столітті після Першої світової війни на тлі глобальних катастроф як особливий напрямок і реактивна відповідь виникла філософія екзистенціалізму. "Вона стала теоретичним усвідомленням драматизму першої половини XX століття, трагізму людини, котра потрапила на межу життя і смерті, буття і небуття в результаті реальної загрози її існуванню як людини, як виду" [4], внаслідок Першої та Другої світових воєн. Тобто на зміну ілюзії про ідеальне життя і відчуття миру внаслідок всесвітнього прогресу прийшло відчуття невпевненості, зневіри, і втрата сенсу і раціональності життя. Через це, будучи на межі смерті, люди почали цінувати своє життя і можливості, які вони в ньому мають. Екзистенціалізм став своєрідним філософським фундаментом для розуміння глибоких аспектів людської природи і страждань. Філософи, такі як Мартін Гайдеггер та Альбер Камю, створили інтелектуальний базис для розуміння екзистенційних викликів, які торкнулися і медицини. В своїх працях вони підкреслили значення рефлексії, спонукаючи людину до глибшого осмислення свого існування, здоров'я і життєвих можливостей.

Отже, філософське знання є важливим для розвитку медицини та науки в цілому. Знання філософських засад допомагає лікарям не лише володіти технічними аспектами лікування, а й глибше розуміти сутність процесів, які лежать в основі здоров'я і хвороби. Сучасна медицина базується на досягненнях минулих століть, і роль філософії залишається невід'ємною складовою в розумінні медичних питань та забезпеченні цілісного підходу до питання здоров'я.

Історія розвитку медицини свідчить про те, що філософія є не лише інструментом для осмислення світу, а й фундаментом для практичного застосування медичних знань. Завдяки філософському баченню лікар може осягнути глибину взаємозв'язків між тілом і душою пацієнта, направляючи його до повноцінного одужання.

Таким чином, філософія не змінює світ, втім змінює людей і їхній світогляд. Вона спонукає їх реформувати все навкруги, дозволяє людству прямо дивитися у світ без бар'єрів і перешкод, що незмінно провокує його зміни через творчу діяльність.

Література:

1. Ступак Ф. Я. Історія медицини: підручник [Видання 2-ге, випр. і доповн.]. – Київ: Книга-плюс, 2016. – 176 с.
2. Полушкін П. М. Посібник до вивчення курсу “Історія медицини”. – Дніпропетровськ: ДНУ, 2016. – 242 с.
3. Філософія: підручник / О. Г. Данильян, О. П. Дзьобань. – Харків: Право, 2013. – 432 с.
4. Філософія гуманітарних наук: актуальність і перспективи розвитку: матер. наук. конф., 5 - 6 жовтня 2006 р.; м. Чернівці / МОН України, Чернівецький нац. ун-т ім. Ю. Федьковича. – Чернівці: Рута, 2006. – 264 с.

Ренкас М. В.,

НМУ імені О. О. Богомольця,
margoreka217@gmail.com

Науковий керівник:

к. філос. н., доц. Величко О. Б.,
доцент кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

РЕПРЕСІЇ В МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ УКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВОЇ СПІЛЬНОТИ ВІД 1930 Р.: МАЛОВІДОМІ ІМЕНА АБО Ж ВІДНОВЛЕННЯ СПАПЛЮЖЕНОЇ ПАМ'ЯТІ

Щорічна і вже сьома Міжнародна науково-практична конференція, яка організована і проводиться на базі кафедри філософії, біоетики та історії медицини нашого Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, присвячена пам'яті свт. Луки (Валентина Феліксівича Войно-Ясенецького), який став взірцем морально досконалої людини у той час, коли за молитву розстрілювали, а за щирість ув'язнювали. Світлий образ Архієпископа Луки став оберегом народу у найтрагічніші часи. У другій половині 1930-х років Радянський Союз охопила хвиля масових репресій, відома як “Великий терор”. Тоталітарна система, керована сталінським режимом, вбачала загрозу навіть у тих, хто присвятив себе збереженню життя

– медиках та науковцях. Медицина, як заповідник гуманності та людських цінностей, виявилася під особливим прицілом. У такій атмосфері страху лікарі стояли перед складним вибором – мовчки підкоритися системі чи чинити опір, ризикуючи життям. Пам'ять про репресованих медиків є не лише даниною поваги, а й необхідною частиною історичного самопізнання [6]. На фронті захисту медицини від тоталітарної системи Войно-Ясенецький не був самотнім, пліч-о-пліч з ним чинив спротив машині комунізму цвіт української медицини. Проте, багато хто з-поміж них не встояв, багато хто з-поміж них був стертий з історичної пам'яті української наукової спільноти назавжди, але шанобливу пам'ять про них маємо повертати та зберігати.

Масштаби переслідувань представників наукової спільноти підтверджують статистичні дослідження: 1937 рік став роком зламу для української науки. Молоді вчені, які мали підстави здійснити проривні відкриття в медицині, загинули або були змушені покинути країну. Дослідження Олексія Болдирева, Ксенії Гулак, Олексія Ігнатенко й Ольги Василенко даних вчених, які працювали в УАН, заснованій урядом Павла Скоропадського, демонструють драматичні показники кількості смертей серед науковців усіх вікових категорій і передовсім у 1937 році. Однією із жертв тих репресій є видатний біолог Борис Балінський, який ще у юності під керівництвом Івана Шмальгаузена здійснив унікальний експеримент з вирощування п'ятої кінцівки у тритона. Його науковий шлях був зруйнований репресіями, арештом дружини, і лише за кордоном він зміг продовжити працювати – став автором фундаментального підручника з ембріології, який світ визнав, а СРСР – залишив у тіні [3]. Геніальний киянин, який знайшов місце для розкриття свого генія лише у Африці, покинувши рідний Київ. Ще донедавна прізвище Балінського знали лише окремі дослідники – це прямий наслідок глибокого коріння пропаганди радянщини, що десятиліттями отруює нашу свідомість.

Іншим прикладом наукової жертви режиму є Володимир Правдич-Немінський, перший у світі, хто зафіксував електричну активність мозку. Фундаментальне дослідження людського організму, яким не ніколи не скористалися люди, заради яких Правдич-Немінський присвятив своє життя науці [2]. Його відкриття, яке нині відоме як електроенцефалографія, стало основою для діагностики неврологічних хвороб. Однак через політичні переслідування його заслуги залишились у тіні, а наукове визнання отримав німецький вчений, який провів аналогічне дослідження пізніше. Немінський був не лише новатором, але також здійснював оновлення українського наукової бази знань відповідно до загальноєвропейських стандартів. Завдяки його зусиллям вітчизняна наукова спільнота не зупинилася у своєму розвитку і не відставала від світової наукової спільноти попри ті перепони, які мала.

Репресії мали показову форму. Прикладом тому може слугувати “Справа лікарів”, коли понад 50 українських медиків були звинувачені у вигаданих злочинах. Професори Марко Нецадиненко, Микола Вашетко, Олексій Кронтовський та інші зазнали катувань і були змушені підписувати абсурдні зізнання. Це були не просто особисті трагедії – це була спроба викоринити незалежне мислення в медицині. Під гаслом гучного процесу проти “антирадянського правотроїцького блоку” 1938 року в Москві почалася

перша справа “лікарів-вбивць”. Тоді було арештовано вихованця медичного факультету Харківського університету Д. Плетньова, який був одним з багатьох лікарів, які працювали у закладах медичного обслуговування партійного керівництва та були арештовані за антирадянську діяльність. Перша справа “лікарів-вбивць” стала репетицією перед масовішою другою “Справою лікарів”, яка відбулася в 1953 р.

Особливо трагічною є доля Володимира Удовенка – лікаря-гігієніста, викладача, реформатора медичної освіти. За свій короткий час на посаді завідувача кафедри гігієни Київського медичного інституту він встиг запровадити практичні, семінарські та лабораторні заняття з дисципліни, яку викладав. Не лише як керівник, а й гідна людина від був непересічною особистістю: замість роботи у столиці, він обирає роботу у Бердичівському повіті, щоб бути ближче до тих, хто найбільше потребував організованої вакцинації. Він не підтримував радянську владу, однак свідомо продовжував працювати, щоб не зашкодити справі охорони здоров'я. У 1930 році його було засуджено до восьми років ув'язнення за те, що за матеріалами сфабрикованого слідства його було визнано членом міфічної революційної організації. Це була класична радянська схема для усунення небажаних кадрів від роботи. Безпідставне покарання Володимир Удовенко відбував в одному з найсуворіших північних таборів ГУЛАГу – у горезвісних Соловках. Після багаторічного забуття його ім'я було реабілітоване лише в незалежній Україні.

Не менш масштабною була кампанія проти генетиків, яку очолив Трохим Лисенко. Його псевдонаукові ідеї стали основою для тотального знищення розквітаючої української класичної генетики. Трохим Лисенко став уособленням того, як деградує наука в тоталітарній державі, коли на керівні посади по кістках конкурентів проходять псевдонауковці, що збирають навколо себе некомпетентних, але гучних і відданих партійній ідеології людей. Репресували та знищували видатних біологів, зокрема Миколу Вавилова, який доклав неабияких зусиль для становлення цієї науки. Колекції рослин, які могли б бути основою для сучасної селекції, були знищені. Доноси, цькування, моральне і фізичне знищення стали буденністю. Українські дослідження з генетики, які тільки почали набирати нових обертів, насильно припиняють та завершують плідний період для молододі науки. Починається сумна доба для генетики. На теперішньому етапі питання полягає у тому, які наслідки мала лисенківщина для сучасної української науки, оскільки багато послідовників Лисенка виховали власне покоління ненависників генетики. Генетику вивчають лише як розділ медичної біології на початку першого курсу, що часто відповідає не більше ніж чотирьом практичним заняттям – це складає менше третини того часу, який закордоном приділяють вивченню аналогічним темам. Питання полягає у тому, чи стала така розбіжність прямим наслідком кампанії Трохима Лисенка.

А завершальним акордом ідеологічного тиску стала так звана “Павловська сесія”, коли патофізіологів публічно принижували, а цілу школу академіка Богомольця оголосили ворожою. Нервізм Павлова витісняв будь-які нові течії у науці, він виходив за межі науки та лину в серце комуністичних

маніфестів, які ніколи не приймали ідеї зв'язку між дегенерацією сполучної тканини та процесом старіння, над яким працювала патофізіологічна школа О.О. Богомольця. Репресії не завжди мали вигляд арештів чи розстрілів — часто це був психологічний тиск, виключення з академічного середовища, примусове каяття, яке знищило особистість зсередини. Ворогами вирішили оголосити мертвого Олександра Богомольця, його інститути й послідовників: онколога Ростислава Кавецького, ендокринолога Василя Комісаренка, геронтолога Миколу Гарєва тощо. Теорії Павлова були суто виправданням для звинувачень, навіть справжнього учня Павлова, Макса Губерґріца, було розкритиковано. Євреї з Сумщини був чи не останнім, хто читав лекції в медінституті українською, уже тоді це було смертельно небезпечним, тому позбавитись його вирішили через “Павловську сесію”.

Отже, медична наука в 1930-х роках зазнала нищівного удару. Замість прогресу — замовчування. Замість життя — страх і зрада. Імена цих науковців мають бути повернуті з історичного забуття, бо пам'ять — це єдиний захист від повторення трагедії.

Література:

1. Національна академія наук України. – URL: <https://old.nas.gov.ua/EN/Messages/Pages/View.aspx?MessageID=11262>
2. Болдирев О. (2021), Перша ЕЕГ та боротьба за нейронауку: хто такий Володимир Правдич-Немінський. –URL:<https://www.kunsht.com.ua/articles/persha-eeeg-ta-borotba-za-nejronauku-xto-takij-volodimir-pravdich-neminskij>
3. Болдирев О. (2021), Витертий з історії: хто такий Борис Балінський. – URL: <https://kunsht.com.ua/articles/13628-2>
4. Аграрне інформаційне агентство “Agravery”. – URL: <https://agravery.com/uk/posts/show/zabuta-genetika-comu-ukraina-nemae-svoih-sortiv-roslin> -
5. Штоґрін І. (2024), Дослідники: мільйони людей стали жертвами комуністичних репресій в Україні від 1919 по 1991 рік. – URL: <https://www.radiosvoboda.org/amp/den-pamyati-gertv-represi%D0%BD/30616759.html> - Радіо Свобода
6. Струк О. (2024), Тіні забутих учених. “Це просто нескінченний об'єм досліджень, який треба провести, і бажано на вчора”. – URL: https://lb.ua/society/2024/05/30/615697_tini_zabutih_uchenih_tse_prosto.html

Науковий керівник:
д. філос. н. проф. Васильєва І. В.,
завідувач кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ЕТИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЦИНИ СТАРОДАВНЬОГО ЄГИПТУ

Медицина Стародавнього Єгипту є однією з найдавніших систем охорони здоров'я, яка внесла вагомий внесок у історію людства. Її становлення було тісно пов'язане з релігійними переконаннями, філософськими поглядами на життя та смерть, а також соціальними устоями того часу. Етичні аспекти давньоєгипетської медицини відображають унікальне поєднання наукових знань, духовних практик і моральних принципів, які регулювали роботу лікарів. Перші медичні знання та етичні норми лікування в Єгипті формувалися як синтез раціональних і релігійно-міфологічних уявлень про світ, суспільство та людину, а також емпіричного досвіду. На той час етика ще не була окремою системою цінностей і не виступала як специфічний спосіб регулювання суспільних взаємин чи професійної діяльності лікарів.

Медицина в Стародавньому Єгипті тісно перепліталася з релігійними віруваннями. Боги вважалися захисниками здоров'я та джерелом хвороб, а лікарі часто поєднували свої обов'язки з функціями жерців. Наприклад, бог Тот був покровителем знань, у тому числі медичних, а богиня Ісіда уособлювала зцілення та магічні практики. "Тот дає силу діяти мудрецам, лікарям що супроводжують його, щоб звільнити тих кого бог хоче звільнити, щоб повернути їх до життя" (Carpenter et al., 1998). Лікарі вірили, що успіх лікування залежить не тільки від їхніх знань і навичок, але й від божественної благодаті. Це формувало високі етичні стандарти та повагу до медичної професії.

У давньоєгипетському суспільстві центральне місце займала ідея морального суду в потойбічному світі, яка розкривається у 125 главі "Книги мертвих". Цей суд був спробою осмислити "велику таємницю подолання смерті" та визначити благочестиві якості людини. Для єгиптян потойбічний суд передусім був моральним судом. Померлий, стоячи перед судом Осіріса, клявся: "Я не чинив зла людям, я не завдавав шкоди худобі,... я не піднімав руки на слабого, я не робив нічого огидного перед богами, я не був причиною хвороб,... я не викликав сліз, я не вбивав і не наказував убивати, я не чинив перелюбу,... я не лихословив, я не обманював, використовуючи неправильні ваги, я не виганяв овець і кіз із їхніх пасовищ, я не ловив у пастки птахів, присвячених богам, я не ловив рибу в священних ставках,... я не перешкоджав течії води, я не гасив жертвовного вогню у призначений час. Я чистий, чистий, чистий, чистий!" (Budge, 1898).

Для хворих і страждаючих бог Гор був захисником і цілителем. Він вважався творцем космічного порядку та принципу "маат", який, за уявленнями єгиптян, підтримував світ у стані гармонії, безпеки та здоров'я. Бог Анубіс також

відігравав важливу роль у медицині, допомагаючи очистити тіло пацієнта від “розбещеності” (wekhedu) і, як божество муміфікації, забезпечуючи йому шлях до життя після смерті (Dare, 2017).

Одним із найважливіших внесків Стародавнього Єгипту в розвиток медицини стала фармацевтика. Символ рецепта “Rx”, який походить від латинського слова “recipere” (що означає “приймати”), можливо, має коріння в символіці Ока Гора. Цей символ був важливим елементом єгипетської медицини, оскільки вважався джерелом зцілення та захисту (Dare, 2017).

Стародавні єгиптяни розглядали здоров'я та хвороби як результат взаємодії людини з навколишнім світом, який включав інших людей, тварин, духів і богів. Вони розрізняли земний (смертний) і божественний (надприродний) світи, але вірили, що ці сфери постійно впливають одна на одну. Принцип “маат” (порядок, рівновага, справедливість) був центральним у цій системі, регулюючи як поведінку людей, так і підходи до лікування хвороб та травм (Halioua and Ziskind, 2005).

Здоров'я розглядалося як стан гармонії та балансу “маат”, тоді як хвороби чи травми вказували на порушення цього порядку. Так само, як Єгипет залежав від річки Ніл для підтримки життя, здоров'я людини залежало від збереження цього балансу.

Лікарі в Стародавньому Єгипті проходили багаторічне навчання у Пері-Анх, відомому як “Будинок Життя”. Цей навчальний заклад часто розташовувався всередині храму або був при ньому, а також виконував функції скрипторію та бібліотеки, де, ймовірно, зберігалися копії медичних папірусів. Згідно з цими папірусами, кожен лікар повинен був володіти базовими знаннями про всі види ліків. Існують свідчення, що медичні знання передавалися з покоління в покоління в межах однієї сім'ї. Наприклад, один із текстів наказує: “Ти готуватимеш ліки для пацієнтів таємно, щоб ніхто, крім твоїх власних дітей, не знав про це” (Jarman and Mikirtichan, 2015).

Лондонський медичний папірус, що належить до епохи XIX династії, містить сім заклинань, записаних двома різними мовами: шість із них написані північно-західними семітськими діалектами за допомогою єгипетського складового письма, а один – критською мовою, також використовуючи єгипетську писемність. Ці рецепти були інтегровані в єгипетську медичну практику як законні засоби для захисту здоров'я (Nunn, 2002).

Політична система Єгипту сприяла тому, що медицина була добре організованою галуззю, хоча формальної системи ліцензування лікарів не існувало. Лікарі зобов'язані були строго дотримуватися встановлених правил лікування. Однією з причин цього була віра в те, що мудрість минулих поколінь не може бути покращена. Лікарям радили використовувати лише перевірені тексти та методи, щоб уникнути будь-яких сумнівів у їхній діяльності.

Стародавні єгиптяни виявляли велику співчутливість до хворих, що вважалося моральним обов'язком у рамках принципу “маат” – поняття правди та справедливості. Дотримання “маат” було важливим для отримання позитивного вердикту на Останньому Суді Осіріса в потойбічному світі. Лікар, який дотримувався суворих моральних норм, не піддавався осуду, навіть якщо йому не вдавалося вилікувати хворобу. Однак порушення правил могло

призвести до втрати репутації або навіть смертної кари (Dare, 2017).

У медичних папірусах Едвіна Сміта та Еберса часто згадується, що лікар міг вибрати один із трьох підходів: лікувати, “сперечатися” (ймовірно, обговорювати стан пацієнта) або відмовитися від лікування. Навіть у випадках, коли хвороба була невиліковною, пацієнту надавали підтримку та забезпечували комфорт до кінця його днів.

Етика взаємин між лікарем і пацієнтом передбачала, що хворий не міг звертатися безпосередньо до лікаря. Замість цього він мав звернутися до храму, де йому призначали відповідного фахівця. Геродот зазначав, що в єгиптян існувала чітка спеціалізація в медицині: одні лікарі лікували очі, інші – голову, зуби, шлунок або внутрішні хвороби. Оплата за медичні послуги здійснювалася через храм, до якого належав лікар. Гроші як такі з’явилися лише в пізній період (30-та династія, 380–343 рр. до н.е.), тому лікарі отримували винагороду в натуральній формі – пшеницею, ячменем, хлібом, пивом, олією, молоком, овочами, м’ясом, рибою тощо. Це свідчить про те, що медичні знання та практика були тісно пов’язані з храмами і були частиною релігійної та культурної спадщини жерців (Jarman and Mikirtichan, 2015).

Таким чином, формування лікарської етики в Стародавньому Єгипті було зумовлено двома основними факторами: розвитком медичних знань і філософсько-культового світогляду. У цьому процесі поєднувалися емпіричні знання та релігійно-культові уявлення, що є характерним для всіх давніх цивілізацій. Єгипетська медицина, разом із її морально-етичними принципами та практиками, поширювалася на сусідні країни. Однак єгипетська основа зазнавала трансформацій під впливом місцевих традицій і знань, набуваючи рис, не властивих самому Єгипту, тому формування медичної етики відбувалося єдиним, але водночас суперечливим шляхом.

Медична етика Стародавнього Єгипту складалася як цілісна система, яка неформально регулювала поведінку лікарів, їхнє ставлення до пацієнтів, до своєї професії та один до одного. Моральній оцінці підлягали не випадкові події, а свідомі та навмисні дії. Не лише професійна майстерність, а й моральні якості лікаря визначали його статус і ставлення до нього з боку суспільства. Норми лікарської етики формувалися стихійно, на основі суб’єктивного сприйняття та оцінки, лише іноді набуваючи формалізованого вигляду. Це становлення вносило зміни в суспільну мораль, зміщуючи акценти у бік міжособистісних відносин у сфері лікування, доповнюючи етику новими цінностями та глибшим розумінням цінності людського життя.

Література:

- Carpenter, S., Rigaud, M., Barile, M., Priest, T., Perez, L. and Ferguson, J. (1998), “An Interlinear Transliteration and English Translation of Portions of the Ebers Papyrus Possibly Having to do with Diabetes Mellitus” [online], Available at: <https://bxscience.edu/ourpages/auto/2008/11/10/43216077/egypt%20medicine.pdf>.
- Dare, T. (2017), “Chapter 3 – Ancient Egyptian Medicine”, Press. rebus. community [online], Available at: <https://press.rebus.community/historyoftech/chapter/ancient-egyptian-medicine/>.

- Budge E. A. W. (1898), "The book of the dead the chapters of "Coming forth by day"". London Kegan Paul, Trench, Trubner & Co., Ltd. Paternoster house, charing cross road. [online], Available at: <http://www.public-library.uk/dailyebook/The%20Egyptian%20Book%20of%20the%20Dead.pdf>
- Halioua, B. and Ziskind, B. (2005), *Medicine in the Days of the Pharaohs*. Cambridge: Harvard University Press.
- Jarman, O. A. and Mikirtichan, G. L. (2015), "The social status of physicians in Ancient Egypt", *History of Medicine*, 2(1). doi: <https://doi.org/10.17720/2409-5834.v2.1.2015.05j>.
- Nunn, J. F. (2002), *Ancient Egyptian medicine*. Norman: University of Oklahoma Press.

Шведюк В. С., Хмара А. О.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
viamegaw@gmail.com, hmaraartem99@gmail.com

Науковий керівник:
д. істор. н., проф. Ступак Ф. Я.,
професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ФІЛОСОФІЯ ХВОРОБИ І ЗЦІЛЕННЯ В УКРАЇНСЬКІЙ ТРАДИЦІЇ: ВІД НАРОДНОЇ МЕДИЦИНИ ДО НАУКОВОЇ ШКОЛИ О. О. БОГОМОЛЬЦЯ

Актуальність. Питання філософського осмислення хвороби та зцілення залишається надзвичайно актуальним у сучасній медицині, яка все більше інтегрує біоетичні, культурні та гуманітарні підходи. Українська традиція лікування, що має глибокі корені в народній медицині, формувала власну систему розуміння хвороби - як дисгармонії людини з природою, суспільством і собою. Наукова спадщина академіка О. Богомольця, засновника української школи патофізіології, є яскравим прикладом еволюції від традиційного до наукового підходу, не втрачаючи при цьому гуманістичного підґрунтя.

Мета дослідження. Проаналізувати філософські засади хвороби й зцілення в українській традиції та простежити, як вони трансформувалися в рамках становлення наукової медичної школи Олександра Олександровича Богомольця.

Результати. Проблематика хвороби та зцілення є однією з найдавніших у філософсько-медичній думці людства. В українській традиції вона має глибокі історичні, етнокультурні та релігійні корені, що обумовлюють особливий погляд на природу хвороби як не лише тілесного, а й духовного явища. Цей погляд еволюціонував упродовж століть – від народного цілительства до наукової школи медицини, найвищим виявом якої стала діяльність академіка Олександра Богомольця.

У традиційному українському світогляді хвороба сприймалась як порушення гармонії між тілом, душею і світом. Вона часто трактувалась як

результат гріха, злої волі або втручання “нечистої сили”. Народні вірування поєднували язичницькі уявлення з християнськими, утворюючи унікальну систему пояснення причин недуги. Тоді ж народний цілитель виступав не лише як лікар, а як “медіатор” між тілесним і духовним, між хворим і спільнотою. Найпоширенішими методами зцілення були: траволікування (фітотерапія), що передавалось від бабусь-цілительок, біоенергичні практики, зокрема витягування хвороби руками, словесна терапія, яка була в контексті обряду. У минулому, так само як і сьогодні, релігія відігравала важливу роль, тому люди використовували різні церковні практики - молитва, причастя, а також порізному застосовували освячену воду [2].

Починаючи з другої половини XIX століття, в українських землях поширюється наукова медична освіта. На тлі індустріалізації та секуляризації з'являється новий підхід до хвороби – як до об'єктивного фізіологічного процесу, що підлягає дослідженню та лікуванню згідно з науковими методами. На це вплинуло декілька важливих факторів таких як: розвиток санітарної справи та епідеміології, поява медичних факультетів у Києві, Харкові, Львові та відродження філософських течій позитивізму, натуралізму, соціального дарвінізму. У цей період і відбулися важливі зміни у понятті лікар, оскільки тепер це раціональний помічник в одужанні, також відбулось відмежування медичної практики від народного цілителства. Хвороба починає розглядатися не як прояв духовного дисбалансу, а як біологічне порушення, і що є головним – її можна пояснити та запобігти виникненню, тобто медицина набуває наукової доказовості [5].

Отже, крізь призму вивчення етнічних коренів і історії народної медицини в українській традиційній культурі ми маємо змогу краще зрозуміти унікальність і глибину національної спадщини України, а також відкрити нові горизонти для подальших досліджень у цій сфері.

Олександр Олександрович Богомольць – видатний учений, який вважається великим новатором у науці, ідеї якого випереджали свій час. Засновник київської школи патологічної фізіології, внесок досліджень Богомольця можна спостерігати в галузях переливання крові, імунології, реактивності організму, ендокринології, онкології, геронтології, фізіології та патофізіології.

Щоб охарактеризувати наукові погляди Богомольця, варто зацитувати його слова: “Мої вчителі, – писав Богомольць, – були представниками різних шкіл. В. В. Підвисоцький і Л. О. Тарасевич були послідовниками Мечникова. Мій учитель і друг, М. Г. Ушинський, був учнем Пашутіна й Боткіна.... Я провів роки доцентства у лабораторії В. В. Вороніна (який у свою чергу був учнем Г.О. Захар'їна, чия велика ерудиція справила на мене глибоке враження)” [6]. Звідти він і перейняв широту своїх наукових інтересів, а також зумів вивести свої власні наукові ідеї, за що і став відомий не тільки на всю УРСР, а також і на міжнародній арені науки.

Ядро першого покоління наукової школи Богомольця склали І. В. Колпаков, Є. М. Кохан, М. В. Колпиков, Я. Г. Ужанський. Наукова школа Богомольця почала формуватися ще у Саратові. Її підґрунтям стали його колеги по кафедрі загальної патології. Важливо зазначити, що більшість учнів Богомольця згодом стали відомими вченими у різних галузях медицини.

Розквіт його наукової школи припадав на київський період наукової діяльності Богомольця, що розпочався 1 квітня 1931 року з обрання його президентом Всеукраїнської Академії наук. Учні Богомольця приїхали з Москви до Києва, до них приєдналися молоді фахівці з інших міст. Представники школи очолили наукові відділи Інституту й швидко розгорнули широку наукову діяльність. Школа продовжувала зростати - сформувалося друге покоління науковців, яких навчали досвідченіші учні Олександра Олександровича під його пильним керівництвом. Серед них – майбутні академіки А. Д. Адо, В. П. Комісаренко, член-кореспондент НАН України Олег Богомолець професори П. Д. Марчук, Т. Г. Пашаєв та інші.

Співпрацював з багатьма практикуючими лікарями, що сприяло створенню Інституту функціональної діагностики та експериментальної терапії в Москві у 1925 році, який згодом у 1934 році переїхав у Київ, та мав назву – Інститут клінічної фізіології, який став координуючим науково-медичним центром для лікарів Києва. Завдяки ентузіазму Богомольця, він заснував у 1925 році Відділ експериментальної патології в Інституті вивчення нервової діяльності. У 1926 році виявив ініціативу у створенні онкологічної лабораторії. Де разом з І. М. Нейманом почав вивчати протипухлинну дію антиретиккулярної цитотоксичної сироватки – “Сироватки Богомольця”.

Одних найважливіших аспектів його діяльності стало авторство важливої концепції фізіологічної резистентності організму, яка стала не лише медичною, а й філософською платформою біогуманізму радянської доби. Основною ідеєю було, що хвороба це не лише руйнування, а й форма пристосування організму, а організм в свою чергу має резерви опору, так звану “резистентність” – яку можна стимулювати. Поєднання науки з гуманістичним ідеалом служіння людині означало нове гуманістичне бачення - не зосереджуватись на хворобі як виroku, а шукати резерви для одужання. Це і утворює основу для ідеї Богомольця – концепції фізіологічної резистентності [4]. Практичним утіленням цієї концепції стали методи застосування антиретиккулярної цитотоксичної сироватки (АРЦС) задля лікування туберкульозу, виразкової хвороби, хронічних інфекцій, прискорення одужання переломів та інших травм, але основою було профілактика старіння, що пізніше лягло в основу геронтології. Не менш важливою стала пропаганда здорового способу життя, імунізації та профілактики.

З появою цих програм, медицина почала враховувати людину як тривимірну істоту, у якій її духовне тіло чітко пов'язане з її духовним світом, тобто можна сказати, що сучасна медицина в певному сенсі повертається до традиційних стародавніх ідей, зокрема до розуміння людини як цілісного ества - у фізичному, психологічному та духовному вимірах, де важливу роль відіграють як тіло, так і душа. Наукова школа Олександра Олександровича Богомольця зберегла образ соціально орієнтованого лікаря, який не тільки лікує, а й запобігає, виховує, підтримує. Як і Гіппократова триєдина формула “*Est medicina triplex: servare, cavere, mederi*”, школа Богомольця втілювала ідею медицини не лише як науки про лікування, а як філософії служіння життю. Від збереження здоров'я через резистентність організму, до профілактики хвороб шляхом соціальних програм і практичного лікування – наукова

спадщина академіка Богомольця є втіленням цієї класичної моделі медицини. Народна медицина давньої України використовувала відвари, обереди, молитви з профілактичною метою, що зберігає свій характер та набуло формату підтвердженої імунпрофілактики. Медицина почала виходити за межі індивідуального лікування, стала цілісною та соціально орієнтованою, оскільки Богомолець вважав, що головне завдання медицини – зміцнення захисних сил організму, а не лише боротьба уже з наявними захворюваннями. На основі цього створювались засади щодо популяризації санітарних норм та правил, боротьба зі шкідливими звичками, що знижують резистентність та пропаганда здорового способу життя. Наукова школа поєднала фізіологію з гуманістичними ідеями [3].

Однією з цікавих концепцій, запропонованих Богомольцем, є вчення про сполучну тканину. Саме він уперше ввів термін “фізіологічна система сполучної тканини” у своїй праці “Конституція і мезенхіма”. Богомолець вважав, що сполучна тканина – це не лише еластичний каркас організму, а ціла фізіологічна система тіла з комплексними функціональними проявами. Стан цієї системи визначає функціональну активність високо диференційованих паренхіматозних елементів, локальні та загальні реакції організму, а також тривалість життя.

Одним з невирішених питань в науковій праці Богомольця та його учнів є онкологія. У результатах досліджень було доведено важливу роль реактивної можливості фізіологічної системи сполучної тканини в онкогенезі, оскільки функціональна активність сполучної тканини при раку майже завжди знижена. Для стимуляції цієї активності Богомолець запропонував антиретиккулярну цитотоксичну сироватку, яка здобула широке практичне застосування. Наприкінці ХХ століття Г. М. Бутенко, член-кореспондент Академії медичних наук, проводив дослідження змін імунітету клітин сполучної тканини у процесі старіння та виникнення вікових захворювань, тим самим розвиваючи концепцію Богомольця.

У роки Другої світової війни Олександр Олександрович Богомолець виявив не лише наукову глибину, а й громадянську відповідальність. Завдяки його ініціативі та організаційним здібностям разом з Інститутом клінічної фізіології було налагоджено ефективну систему заготівлі та переливання донорської крові, що рятувала життя тисячам поранених. Під час цього він розробив новий метод переливання крові.

Результати досліджень Богомольця та його учнів у галузі реактивності та резистентності були узагальнені в монографії М. М. Сиротініна “Еволюція опірності та реактивності організму” (1966 р). Колективне здоров’я – частина соціалістичного ідеалу. У радянській філософії здоров’я не було лише приватною справою. Концепція Богомольця сприяла формуванню уявлення про соціальну медицину, де держава активно піклується про фізичну стійкість населення – через профілактику, санаторії, масові щеплення, пропаганду здорового способу життя. Це і є практичний біогуманізм радянського типу.

У часи 1920-30 рр. радянська біологія та медична наука, переживала складні часи. Багато відомих учених зазнали переслідувань, серед них і професор Богомолець – уже тоді всесвітньо відомий вчений. Він був

звинувачений у віталізмі та “меншовицькому ідеалізмі” (що було штучно сфабриковано).

У ХХІ столітті інтерес до ідей традиційної медицини зростає. Тобто ідейність народної медицини, сформованої на основі етнокультурних, релігійних і обрядових практик, яка сприймає хворобу як порушення гармонії між тілом, душею та світом висвітлює саму суть традиційної медицини. Біоетика, інтегративна медицина, психологія здоров'я – все це свідчить про повернення до цілісного бачення людини [4].

Ідеї Богомольця актуалізуються у наш час у дискусіях про превентивну медицину, старіння, імунітет, особливо під час епідемії, екологічних криз, старіння населення та психологічного виснаження та наукова спадщина Богомольця не була втрачена, Інститут фізіології став потужним центром фізіологічних досліджень, його учні продовжили наукові дослідження, які започаткував Богомалець та започаткували нові напрями фізіології – нейрофізіологію, електрофізіологію, молекулярну біологію та інші.

Сучасні медичні тенденції поєднують доказову медицину з емпатією та духовною підтримкою, визнається роль культурного контексту в лікуванні, розвитку психосоматичної медицини.

Висновок. Філософія хвороби і зцілення в українській традиції демонструє складний і водночас гармонійний шлях від народних уявлень до наукових концепцій, що свідчить про безперервний пошук балансу між емпірією, духовністю та науковим знанням. Академік Богомалець не лише створив наукову школу, а й здійснив спробу синтезу наукового раціоналізму і гуманістичних цінностей. Сучасна медицина, звертаючись до історичних джерел, знаходить у цьому спадку джерела натхнення для нового гуманістичного підходу до здоров'я та життя людини. Отже, поєднання народних практик з науковими дослідженнями, започатковане школою Олександра Богомольця, створює потужну основу для розвитку сучасної медицини, орієнтованої на людину.

Література:

1. Ступак Ф. Я. Академік О. О. Богомалець // Охорона здоров'я України: науково-практичний журнал. – Київ, 2008. - №1 (29). – с. 229.-230.
2. Боброва О. В. Нариси з історії медицини України: навч. посіб. – Київ: Здоров'я, 2005. – 224 с. – с. 46-81.
3. Мороз Л. Д. Академік Богомалець: життя, наука, філософія: монографія. – Київ: Знання, 2009. – 288 с. – с. 113-148.
4. Скоробагатько О. О. Біомедична етика в контексті наукової школи О. О. Богомольця: монографія. – Харків: Медкнига 2020. – 144 с. – с. 58-72.
5. Фролов І. Т. Філософські проблеми медицини: монографія. – Москва: Наука, 1983. – 192 с. – с. 85-97.
6. Klimenko L. O. Scientific achievements of the school of Academician Olexandr O. Bogomolets // Acta Baltica Historiae et Philosophiae Scientiarum: international peer-reviewed journal. – Tallinn, 2016. – vol. 4, no. 1. – p. 64-76.

Пашук Д. І.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
pashchukdima2006@gmail.com

Науковий керівник:
к. філос. н., доц. Вячеславова О. А.,
доцент кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ФІЛОСОФІЯ, РЕЛІГІЯ ТА МЕДИЦИНА ПРО ПРОБЛЕМУ ВИБОРУ МІЖ ЖИТТЯМ І СМЕРТЮ

Люди часто ставлять собі запитання: а хто має право вирішувати мою долю? Особливо, коли йдеться про найважливіше – життя або смерть. Ще не так давно про це не говорили вголос. Сьогодні – інша картина. Свобода слова дала змогу порушувати теми, які раніше були заборонені або табуйовані. У кожного – свій досвід, своє бачення. Комуś важлива віра, хтось спирається на мораль або особисті переживання. І хоча ці погляди часто не збігаються, засуджувати за них – неправильно. Коли людина тяжко хвора і вже не хоче далі боротися – чи має вона право сказати “досить”? У випадку самогубства це особистий крок. Але евтаназія – вже інше. Тут залучений лікар, етика, закон, другорядна участь іншої людини. Філософи, лікарі й релігійні діячі – кожен говорить по-своєму. Але всі мають на думці одне: чи має людина право обрати, як і коли закінчиться її шлях?

Дослідники відзначали у філософії декілька фундаментальних поглядів щодо проблеми вибору між життям та смертю, втілених у найвпливовіших ученнях як античних, так і більш пізніх філософських шкіл, зокрема, у стоїцизмі, епікуреїзмі, утилітаризмі, екзистенціалізмі [1; 2].

Стоїцизм – філософська школа, яка вчить жити у згоді з природою та розумом – Логосом, досягаючи внутрішньої незворушності (атараксії). Стоїки вважали, що смерть – це природна частина життя, і її не треба боятися. Проте якщо обставини, які стаються у житті, несумісні із розумом, гідністю, то самогубство може бути морально виправданим. До прикладу, філософ Сенека, обвинувачений у змові проти імператора Нерона, вирішив піти з життя з гідністю, шляхом самогубства, що відобразило стоїчну філософію [1; 2].

У XX столітті у філософії екзистенціалізму проблема самогубства посідає чільне місце в творчості А. Камю. Він вважав, що самогубство є єдиною по-справжньому серйозною філософською проблемою і розглядав його як спробу втечі від абсурду, але не приймав його як вирішення. На думку Камю, самогубство – це визнання того, що життя не варте проживання, і таким чином є відмовою від свободи та бунту проти абсурду. Замість цього він пропонував прийняти абсурд і жити з ним, при цьому, знаходячи щастя в самому акті життя, незважаючи на його безглуздість. За Камю, справжній бунт

полягає в тому, щоб жити, незважаючи на відсутність сенсу [5]. Отже, з огляду на таку позицію людина владна сама вирішувати “бути чи не бути”.

Внаслідок викликів біоетики проблема вибору між життям та смертю потрапляє у фокус уваги сучасної прикладної етики, яка спирається на ідеї утилітаризму [3; 4]. Наприклад, народжуються діти з важкими вадами розвитку, коли шанси на повноцінне життя майже відсутні. І тоді постає складне питання: лікувати, продовжуючи страждання, чи, можливо, дати змогу дитині піти спокійно й без болю? Утилітарний підхід пропонує зважити все: страждання самої дитини, стан родини, і навіть тих, хто її лікуватиме. Це не завжди дає легку відповідь – але змушує чесно подивитися на ситуацію. Отже, утилітаризм розглядає припинення страждань (евтаназію) як дію, а дія є в моральному відношенні правильною, якщо і тільки якщо немає іншої дії, яка могла б зробити те, що принесло б велику користь.

Підсумовуючи, можна зазначити, що утилітаристи пов'язують закінчення страждань із загальним благом, стоїки – із раціональним рішенням, а екзистенціалісти – з індивідуальним вибором людини. При тому у філософських ученнях стоїцизму та екзистенціалізму йдеться виключно про дії, які людина правомірна вчиняти щодо самої себе і за які несе власну відповідальність.

Перейдемо до релігійного аспекту цієї проблеми. Як зазначають дослідники, більшість релігій засуджують будь-який намір передчасного припинення життя. Християнство дає сувору, але в той же час конкретну відповідь на це питання: життя – це Божий дар, і лише в руках Господа вирішувати, коли прийде кінець. “Дивіться ж тепер, що Я, Я – то Він, і немає Бога, окрім Мене. Я вбиваю і оживляю, Я раню і Я лікуватиму, і немає нікого, хто врятував би від руки Моєї” [6]. Людина не може сама себе вбити. Тільки Бог вирішує її долю. До речі, також треба згадати і те, що Біблія пояснює страждання як очищення, час для сповіді і покаяння. Всі вони загартовують людську віру, відкриваючи їй шлях до вічного життя.

В Ісламі життя вважається священним даром Аллаха і не розглядає факт самовільного вкорочення собі віку: “Той, хто вб'є себе залізним предметом, залишиться з ним у руках у пеклі, пронизуючи себе ним вічно. Той, хто вип'є отруту і вб'є себе, буде пити його у вогні Пекла вічно. І той, хто скине себе з гори і вб'є себе, буде в пеклі падати вічно” [7]. Приречена на вічні страждання людська душа, яка порушила закони Божі.

Судячи із вчення Буддизму, самогубство не позбавляє людину від страждань і надалі: “Ні в повітрі, ані в глибині моря, ані заходячи до гірської ущелини – не знайти на землі такого місця, знаходячись у якому, не поступиши смерті” [8], бо людина продовжить свій шлях у наступному житті відповідно до своєї карми. Тут є важливим саме намір, з яким вона робить цей вчинок. Якщо самогубство або евтаназія відбувається через відчай – тоді наслідком буде негативна карма. Переважає негативне ставлення, оскільки будь-яке вбивство – суперечить принципу ахімси та може порушити чистоту свідомості в момент смерті. Далай-Лама XIV наголошує, що страждання є частиною людського буття, а прагнення до евтаназії свідчить про духовну кризу [9].

Коли ми говоримо, що у людини є право на гідну смерть, неможливо оминати одне з найсуперечливіших явищ сучасної медицини – евтаназію. Як

спроба вирішити болісну дилему між продовженням страждань і припиненням життя, вона не виникла на порожньому місці. Згідно з дослідженням Й. Дробик [2], у давньогрецькій традиції термін “евтаназія” мав інше значення, ніж сьогодні. Його тлумачили як “благу смерть” – легку, природну, без мук (і без зовнішнього втручання), або ж як смерть героїчну, на полі бою, що засвідчувала гідність і доблесть. У наш час склався дещо інший підхід до цього поняття. Тепер це усвідомлене припинення життя важкохворої людини, яка не має шансів на одужання, здійснене за допомогою лікаря. Єдиною метою вважається позбавлення людини нестерпних страждань. Станом на 2025 рік деякі країни легалізували цю процедуру: Нідерланди, Бельгія, Люксембург, Іспанія, Австрія, Швейцарія, Канада, десять штатів США, Австралія, Еквадор, Нова Зеландія та Колумбія. В кожній із них евтаназія сприймається не як спосіб уникнути життя, а як акт співчуття – останній жест милосердя до того, хто щоденно бореться з болем. Законодавством цих країн передбачено нормативи щодо процесу евтаназії, аби уникнути правових зловживань і моральних спотворень. Серед основних умов: добровільна, чітко зафіксована, компетентна згода пацієнта; наявність підтвердженого діагнозу; участь незалежних експертів, які гарантують об’єктивність рішення.

Проте, розглядаючи евтаназію як акт милосердя, треба виокремити декілька моментів. По-перше, евтаназія може суперечити принципу, на якому ґрунтується основний етичний принцип медицини – “не нашкодь”. Оскільки головним завданням медицини і всіх її підлеглих полягає у тому, що треба покласти усі можливі сили задля збереження життя та полегшення страждань пацієнта, а не в його свідомому припиненні. Українська правознавиця М. Громовчук наголошує і юридичний аспект цієї “парадоксальної ситуації”: цінність життя людини, як особистого немайнового блага зростає, що призвело до міжнародного та національного правового закріплення норм, які забезпечують всебічний захист життя, в той самий час коли життя окремої людини день за днем знецінюється” [10, с. 29].

По-друге, хвора людина, що обирає евтаназію, може перебувати під певним психологічним тиском від розуміння того, яким тягарем стає для родичів і задля “полегшення” страждань рідних, навмисно готова припинити власне життя. Проблема різноманітних видів тиску (фінансово-економічного, психологічного, соціального, тиску з боку близьких або медпрацівників), під впливом яких може перебувати пацієнт, обираючи між життям та смертю, є величезним фактором ризиків, які породжує проблема евтаназії у сьогоденні. На ці ризики як джерело можливих зловживань звертають увагу дослідники евтаназії [11; 12; 13]. С. Сташенко особливо наголошує вразливість певних категорії пацієнтів: людей похилого віку, з невиліковними хронічними захворюваннями, з невисоким соціально-економічним статусом, з розладами психіки, яких зовнішній тиск може позбавити можливості вільного незалежного вибору і змусити прийняти рішення, яке не відповідає їхній реальній волі [12]. Реальність загрози примусової евтаназії засвідчена даними статистики, зокрема, в Нідерландах 0,8% пацієнтів від загальної кількості тих, до кого була застосована така процедура, не дали на неї своєї згоди [11, с. 110]. Аналіз статистичних даних в Бельгії показав, що не всі випадки

евтаназії реєструються [12]. Отже, існуючі механізми нагляду і контролю за легалізованою процедурою евтаназії можуть реалізовуватись не в повній мірі, створюючи підстави для зловживань.

По-третє, ніхто не відміняв можливе зловживання процедурою евтаназії з боку інституціональних структур (уповноважених посадовців, влади, міністерств) задля реалізації “економічної доцільності” і “фінансової оптимізації”, скорочення або тотального знищення всіх хоспісних установ, де перебувають хворі з паліативним доглядом, для зменшення виділення коштів на них і збільшення ціни на процедуру евтаназії. Мається на увазі можливість поставити родичів перед необхідністю знаходити гроші для “доброї смерті”, або забирати хворого додому і доглядати самостійно, оскільки спеціальних установ або програм не буде передбачено.

Нарешті, лікарі-дослідники евтаназії слушно наголошують і деякі аспекти проблеми, які потенційно можуть мати негативні наслідки для самої медицини. Зокрема, “якщо самогубство з допомогою лікаря та активна евтаназія стануть невід’ємною частиною медичного обслуговування, теоретична і практична медицина будуть позбавлені нових досягнень у галузі паліативних і підтримуючих методів лікування” [11, с.111]. Небезпечною в зв’язку евтаназією є і ситуація, яку в медичній етиці визначають як “слизький схил” – чеський дослідник М. Ваха коментує її таким чином: “Цей момент в історії медицини повторюється в різних варіантах, але за однією схемою: спочатку йдеться про незначний компроміс, який лише на крок віддаляє від етичних принципів, далі ще крок, і ось уже нога на “слизькому схилі” – а закінчується все тим, що опинаяється...у прірві...” [13].

Суспільство не має виправдовувати евтаназію як “гуманний вчинок”, оскільки з часом це може призвести до зловживання, зокрема, до примусове припинення життя слабких і хворих. Ще в 1941 році в Німеччині, де вперше евтаназія стала масовою практикою, застосовною примусово до різних категорій хворих, на це звертав увагу мюнстерський католицький єпископ Клеменс фон Гален: “Якщо встановимо принцип, за яким можна вбивати “непродуктивні” людські істоти – лихо всім нам, коли постаріємо і захворіємо... лихо всім інвалідам..., які пожертвували своїм здоров’ям та силами в продуктивному процесі, ...лихо всім нашим воїнам, які повертаються з фронту каліками...” [цит. за: 13].

В Україні вчинення евтаназії кваліфікується за частиною 1 статті 115 Кримінального кодексу України як умисне вбивство [14]. У статті 3 Конституції України зазначається, що “недоторканість та безпека людини в Україні є вищою соціальною цінністю” [15]. Разом з тим Й. Дробик наголошує активізацію проевтаназійної кампанії в Україні, ініціювання дискусії щодо її легалізації, що є вкрай небезпечним [2, с.163], особливо ураховуючи нечіткість і розмитість законодавчої бази в Україні і загальну корумпованість української правової системи.

Висновки. На даний момент питання щодо евтаназії є дискусійним. Розглянуті учення дозволяють зрозуміти певну різницю: на відміну від самостійного припинення життя, яким безпосередньо є самогубство, евтаназія відбувається за участю лікаря, на якого перекладається як моральна, так і правова відповідальність. У випадку самогубства людина сама несе відповідь перед Богом, своєю совістю, сім’єю, позбавляючи себе життя. Однак асоційоване самогубство та евтаназія є перекладанням “тягаря”

відповідальності на моральність самого лікаря, що руйнівним чином впливатиме на медичну етику та на її підґрунтя. Людство має зрозуміти масштаби цієї теми і підпорядковуватись не тільки власним емоціям, але й здоровому глузду, який не буде суперечити як закону, так і моралі, так і духовному початку, оскільки така проблема як вибір між життям і смертю є вічною.

Література:

1. Кубрак О. (2016). Самогубство в історії, філософії та релігіях світу / Збірник наукових праць. Вип. 11. – URL: https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream-download/123456789/83013/1/Kubrak_suicide.pdf (дата звернення 05.05.2025).
2. Дробик Й. (2018). Евтаназія: історична ретроспектива і сучасний стан. – URL: <https://er.ucu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/47fd2f54-bad0-43e6-bcfe-d753f3ad8a9a/content> (дата звернення 05.05.2025).
3. Прикладна етика. – URL: [https://ukrayinska.libretexts.org/Гуманітарні_науки/Філософія/Вступ_до_філософії_\(OpenStax\)/10%3A_Прикладна_етика](https://ukrayinska.libretexts.org/Гуманітарні_науки/Філософія/Вступ_до_філософії_(OpenStax)/10%3A_Прикладна_етика) (дата звернення 05.05.2025).
4. Виклик біоетики. – URL: [https://ukrayinska.libretexts.org/Гуманітарні_науки/Філософія/Вступ_до_філософії_\(OpenStax\)/10%3A_Прикладна_етика/10%3A_Виклик_біоетики](https://ukrayinska.libretexts.org/Гуманітарні_науки/Філософія/Вступ_до_філософії_(OpenStax)/10%3A_Прикладна_етика/10%3A_Виклик_біоетики) (дата звернення 05.05.2025).
5. Камю А. (2015) Міф про Сізіфа / пер. О. Жупанського. – К.: “Портфель”. – URL: https://shron1.chtyvo.org.ua/Kamiu_Alber/Mif_pro_Sizifa (дата звернення 05.05.2025).
6. Біблія. Второзаконня 32:39 – URL: <https://www.bible.com/uk/bible/186/DEU.32.39.UBIO> (дата звернення 05.05.2025).
7. Енциклопедія хадисів. – URL: <https://hadis.uk/saxix-al-buxari-hadis-5778/54692/> (дата звернення 05.05.2025).
8. Дгаммапада, 128 / пер. М.Копаниці. – URL: <https://samorozvytok.info/content/dgammapada-tak-govoryv-budda> (дата звернення 05.05.2025).
9. Адріанов А. (2019) Ставлення до евтаназії в буддизмі. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otnoshenie-k-evtanazii-v-buddizme/viewer>
10. Остапенко В. М., Лантух І. В., Лантух А.П. (2021) Евтаназія і самогубство: медико-соціальний дискурс. – URL: <https://reports-vnmedical.com.ua/index.php/journal/article/view/847/821> (дата звернення 05.05.2025).
11. Стащенко С. (2024) Огляд міжнародної практики та підходів врегулювання евтаназії: ставлення суспільства та медичної спільноти, потенціал асертивності. – URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/571> (дата звернення 05.05.2025).
12. Громовчук М. (2021) Евтаназія в Україні: питання реалізації конституційного права людини. – URL: <https://www.constjournal.com/wp-content/uploads/issues/2021-2/pdfs/3-myroslava-hromovchuk-evtanaziia-ukraini-pytannia-realizatsii-konstytutsiinoho-prava-liudyny.pdf> (дата звернення 05.05.2025).
13. Ваха М. (2009) “Слизкий схил” евтаназії. – URL: <https://ukrzurnal.eu/ukr.archive.html/801/> (дата звернення 05.05.2025).

14. Науково-практичний коментар від 01.01.2009 до статті 115 Кримінального кодексу України. – URL: <https://ips.ligazakon.net/document/KK004618> (дата звернення 05.05.2025).
15. Конституція України. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення 05.05.2025).

Чернявська В. О.,

НМУ імені О. О. Богомольця,
lera.loveandcat@gmail.com

Науковий керівник:

д. філос. н., проф. Шевченко С. Л.,
професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ: ФІЛОСОФСЬКЕ, РЕЛІГІЙНЕ ТА МЕДИЧНЕ БАЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ В УМОВАХ ВІЙНИ

Формування здорового способу життя є вкрай актуальним для України, про що наголошували відомі вчені-медики [1] та дослідники [2; 3], втім дана проблема особливо загострюється в умовах воєнного стану та постійного перебування жителів країни в “межовій ситуації”. Міжнародне визначення поняття “здоров’я” як “стану повноцінного фізичного, психічного та соціального добробуту, а не лише відсутність хвороб чи фізичних вад” (ВООЗ, 1948) [4], покладене в основу і українських нормативно-правових актів у даній сфері [5; 6]. Здоров’я є фундаментальною складовою людського життя, а питання здоров’я людини – одним з найскладніших і актуальніших у всі часи. Філософи, священики, медики та різні вчені вже багато століть тому почали активно досліджувати поняття здоров’я, визначення факторів, які впливають на його рівень. Існує безліч поглядів на сутність поняття “здоров’я” і неможливо виробити єдину, погоджену думку щодо остаточного його визначення. Значною мірою це пояснюється тим, що здоров’я – це явище досить складне, характерні і значимі складові якого важко висловити коротко і однозначно.

Здоров’я під час війни тісно пов’язане, як слухаю зауважують сучасні дослідники даної проблеми, з екзистенціальними темами, такими як сенс життя, страх, відчай, духовність, свобода та відповідальність [7; 8]. Філософія, релігія та медицина мають різні підходи до цих понять, проте всі вони розглядають здоров’я як не тільки фізичне, а й психічне та духовне благополуччя.

Ще за доби Античності вважали, що “здоров’я – не все, але все без здоров’я – ніщо” (Сократ). Тому і сьогодні філософія здоров’я розглядає сутність людини як певний потенціал, який має бути реалізований у процесі існування людини. Здоров’я в широкому філософському розумінні означає гармонійне поєднання тіла, душі та розуму, яке передбачає не лише фізичне благополуччя, але й злагоду з природою та соціальним середовищем. Інакше кажучи, здоров’я – це баланс внутрішнього і зовнішнього світу людини, де всі аспекти її існування перебувають у рівновазі.

У філософському контексті здоров'я також має етичний вимір. Вирішення питання про те, що означає бути здоровим, стосується моральних принципів, наприклад, права кожної людини на доступ до медичної допомоги. Також важливим є питання відповідальності людини за своє здоров'я. Чи має індивід сам нести відповідальність за здоровий спосіб життя, або це завдання суспільства? Філософія здоров'я досліджує природу здоров'я, його значення для людини та суспільства, а також етичні проблеми, пов'язані з медициною. Філософи розглядають здоров'я як цінність, як стан, до якого прагне кожна людина. Вони аналізують поняття здоров'я в різних культурах та історичних епохах, вивчають взаємозв'язок здоров'я та щастя, а також досліджують етичні аспекти медичних досліджень, біоетики та паліативної допомоги.

Філософія певним чином допомагає зберегти ментальне здоров'я, віднайшовши відповідь на глобальні питання людства: який сенс життя окремо кожного і людства взагалі. У ситуації війни сенс життя може бути втрачено через травми та втрати, що стає серйозним викликом для особистої стійкості. Філософія, зокрема стоїцизм, підкреслює значення внутрішнього спокою та незалежності від зовнішніх обставин. Більш простими словами філософія допомагає зрозуміти заради чого народи воюють, як пережити моменти відчаю. На думку представників екзистенціального психоаналізу (В. Франкл, А. Ленгле), пошук сенсу в найскладніших обставинах допомагає людині зберегти внутрішню цілісність і витримати страждання [докладніше див.: 8].

Релігія сьогодні також залишається потужним психологічним та соціальним фактором, який значною мірою впливає на здоров'я людей. Церква може бути першим місцем, куди люди звертаються за допомогою, особливо в тих місцях, де системи охорони здоров'я слабкі або перевантажені. Є релігійні групи, які пропонують дбати про здоров'я як одну зі своїх релігійних цілей. Більшість науковців дотримується позиції, згідно якої релігія має позитивний вплив як на здоров'я, так і духовність людини. Зокрема, австрійський психолог, психотерапевт Альфред Ленгле стверджував, що "духовність впливає на психічне здоров'я" [цит. за: 8, с. 107]. Релігійні практики, такі як молитва, можуть бути терапевтичними та допомагати людям впоратися зі стресом, зі складними переживаннями. Корисні ефекти релігії поділяються на дві основні категорії: соціальні та когнітивні. Наприклад, належність до релігійної спільноти забезпечить соціальну та духовну підтримку. Також релігія надає особливого сенсу усім подіям, що впливає на мислення, змінюючи його, гармонізуючи.

Релігія певною мірою допомагає зберігати здоров'я не тільки у мирний час, а й в умовах війни. З релігійної точки зору, віра та духовні цінності можуть допомогти людині знову знайти сенс та сили, навіть у моменти відчаю. Релігійні громади значну увагу приділяють психологічній підтримці, допомагають відчутти зв'язок з Богом, досягти душевного спокою, спонукають поміркувати над буденністю і мінливістю життя.

Медицина – це галузь науки та практичної діяльності, спрямована на збереження й зміцнення здоров'я, а також на запобігання та лікування хвороб. Здоров'я в контексті медицини виступає як ключова мета, до якої спрямовані всі зусилля медичних практик та досліджень. Медицина все більше

усвідомлює, що здоров'я – це не лише відсутність хвороби, а й здатність людини адаптуватися до змін навколишнього середовища, підтримувати активний спосіб життя та розвиватися як особистість. Цей розширений погляд на здоров'я вимагає від медицини не лише лікувати хвороби, а й сприяти профілактиці, реабілітації та покращенню якості життя людей.

Здоров'я населення оцінюють за трьома показниками. Перший – показник дитячої смертності. Другий – кількість робочих днів, пропущених через хворобу. Третій – середня тривалість життя. Вплив медицини на ці показники, за оцінками ВООЗ, не перевищує 10%. Решта залежить від спадковості (20%), стану довкілля (19%), а найбільше (51%) – від нашого способу життя [9].

З 2014 по 2024 роки тривалість життя в Україні для чоловіків і жінок демонструвала різні тенденції. На початку періоду чоловіки мали середню тривалість життя близько 66-67 років, у той час як жінки жили приблизно 76 років. Проте до 2022 року ці показники знизились, особливо для чоловіків, у яких середня тривалість життя склала 63,5 роки, що пов'язано з пандемією COVID-19 та соціальними труднощами. У жінок цей показник зменшився до 73,9 років у 2022 році. Міністерство соціальної політики України оприлюднило невісті дані: середня очікувана тривалість життя в країні значно скоротилася. Чоловіки в Україні тепер житимуть в середньому на 9,1 років менше – 57,3 роки замість 66,4 років. Для жінок цей показник знизився на 5,3 роки – з 76,2 до 70,9 років [10].

Під час війни через стрес, страх і втрати важко зберігати здоров'я. Вживання стає пріоритетом, а на хронічні чи дрібні недуги часто бракує сил і часу. Війна приносить втрати, багатьом із яких неможливо запобігти медичними засобами. Попри складнощі, завжди залишаються базові аспекти здоров'я: профілактика хвороб, вакцинація і турбота про себе, які дешевші та ефективніші за лікування.

Отже, усі три аспекти здоров'я – фізичний, психологічний і соціальний – тісно взаємопов'язані, тому важливо зберігати рівновагу і дбати про всі аспекти благополуччя [11]. Здоров'я є досить складним предметом для дослідження, але без сумнівів стан здоров'я людини є одним із найважливіших показників, які визначають потенціал країни. Саме тому важливо мінімум зберегти, а максимум зміцнити здоров'я українців, а особливо підростаючого покоління. Берегти не лише фізичне, а й моральне та духовне здоров'я нації – наше спільне покликання.

Сьогодні серед українців немає людини, яка тією чи іншою мірою не зазнала би впливу війни. Пережиті травми, стреси спричиняють проблеми з фізичним і ментальним здоров'ям. Національний інститут стратегічних досліджень станом на 2023 р. наводить наступні дані: "За оцінками експертів, 40 – 50 % населення України потребуватимуть психологічної допомоги. Після війни щонайменше кожна п'ята людина буде мати негативні наслідки для психічного здоров'я. ВООЗ прогнозує, що до 2025 р. кожен другий українець може зіткнутися з проблемами у сфері ментального здоров'я" [12].

Здоров'я під час війни не обмежується фізичним станом, а вимагає уваги до душевної та духовної сфери. Збереження здоров'я під час війни потребує

всебічного підходу та координації зусиль від державних установ, міжнародних і громадських організацій, медичних фахівців, волонтерів і місцевих спільнот.

Філософія, релігія та медицина по-різному трактують здоров'я людини в умовах війни, але всі вони обґрунтовують цілісний, тобто холістичний, підхід до здоров'я, вважаючи його невід'ємним від загального розуміння сенсу життя, особистої свободи та відповідальності за свій шлях.

Література:

1. Амосов М. М. Роздуми про здоров'я. – К.: Здоров'я, 1990. – 258 с.
2. Лісова О. С. Психологія здоров'я: [навчально-методичний посібник]. – Чернівці: Рута, 2001. – 201 с.
3. Мухамед'яров Н. Н. Формування здорового способу життя: теоретичний аспект // Вісник Харківської державної академії культури. – 2013. – Вип. 39. – С. 249-256.
4. Конституція Всесвітньої організації охорони здоров'я (1948). – URL: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
5. Основи законодавства України про охорону здоров'я / Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII). – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
6. Закони України про охорону здоров'я: Збірник нормативно-правових актів. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 464 с.
7. Vasylieva I., Shevchenko S., Hololobova K., Laputko A., Kirilenko S. Spiritual health under the wartime: existential aspects, Wiadomości Lekarskie Medical Advances, Volume LXXVII, Issue 4, April 2024. – Pp. 710-715.
8. Шевченко С. Л. Особливості взаємозв'язку духовності й психічного здоров'я в екзистенціальному психоаналізі В. Франкла та А. Ленгле // Філософія релігії та медицини в постсекулярну добу: матеріали VI Міжнар.наук.-практ. конф., присвяченої пам'яті свт. Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького). – К.: НМУ ім. О. О. Богомольця, ПП “Видавництво “Фенікс””, 2024. – С. 104-108.
9. Фізична культура дітей, підлітків, молоді та дорослого населення в сучасному світі: матеріали I Міжнародної науковопрактичної Інтернет-конференції, (12 березня 2021 р.): збірник наукових праць. – Умань: ВПЦ “Візаві”, 2021. – 263 с.
10. Тривалість життя в Україні різко знизилася: жакливі цифри від Мінсоцполітики. – URL: <https://zoria.info/ukraine/tryvalist-zhyttya-v-ukrayini-rizko-znyzylasya-zhahlyvi-czyfry-vid-minsoczpohityky>
11. Холістичний підхід до здоров'я. – URL: <http://www.holistic-health.com.ua>
12. Підтримка ментального здоров'я в часи війни (2023). – URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovya-v-chasy-viyny>

Осипчук М. С.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
maxmxsvel@gmail.com

Науковий керівник:
д. філос. н., проф. Шевченко С. Л.,
професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ВПЛИВ ХРИСТІЯНСЬКОЇ ЕТИКИ НА ФОРМУВАННЯ СУЧАСНИХ ПРИНЦИПІВ БІОЕТИКИ

Вплив християнської етики на формування сучасних принципів біоетики проявляється у процесі врегулювання медичних аспектів досягнень сучасної трансплантології, генної інженерії, репродуктивних технологій, геронтології тощо. Спробуємо у даній розвідці проаналізувати специфіку впливу християнської етики на формування сучасних принципів біоетики, зокрема ставлення різних конфесій християнства до анонсованого питання. Варто наголосити, що для католицизму, православ'я та протестантизму одним з головних питань, яке ними порушується, – автономія людини (в нашому випадку – пацієнта). Водночас всі християнські конфесії спираються на обґрунтоване в Божественному Одкровенні уявлення про життя “як безцінний дар Божий, що включає невід'ємну свободу і богоподібну гідність людської особистості, покликаної “до почесі високого поклику Божого в Христі Ісусі”” [Цит. за 1].

Тверда і впевнена позиція Церкви не завжди була зручною для визнаних лідерів громадської думки в сучасному інформаційному просторі. Однак ця позиція є результат зваженого і продуманого способу мислення, в основі якого лежать світоглядні передумови, а не гонитва за популярністю і сенсацією [1]. Тому увесь об'єм біоетичної проблематики як сума складних теоретичних та практичних питань медицини для правильного розв'язання потребує розуміння та інтерпретації духовних та релігійних вірувань і текстів, оскільки в основі лежать знання етики та моральності.

Мета даної розвідки полягає у розкритті основних поглядів християнських конфесій на значимі проблем сучасної біоетики, а також у визначенні та зосередженні уваги на тих медичних маніпуляціях, які шкодять духовному та фізичному здоров'ю людини.

В сучасну добу медичні технології стрімко розвиваються, тому і розширюються методи їх застосування. На нинішньому етапі розвитку можна вирізнити низку проблемних питань, а саме: використання ембріональних тканин і клітин, генна терапія, трансплантація органів, тканин і стовбурових клітин, штучна зміна статті, застосування евтаназії, клонування тварин і людини, генетичні технології та втручання в репродукцію людини. Кожна з цих

проблем безпосередньо корелюється з автономією людини. Так основною метою Католицької Церкви є спасіння людських душ, що визначається положеннями та нормами Церкви [2]. Щодо тлумачення права на евтаназію, то у католицизмі особисте бажання людини обирати смерть суттєво ігнорується, навіть у тих випадках, коли у людини абсолютно відсутня воля, емоції та всі види відчуттів (люди із серйозними хворобами, для прикладу параліч). Вчення про гріх, як порушення закону, негативно впливає на духовне життя особи, яка вже здійснила це порушення. Втім, Католицька Церква не так хоче обмежити людину в межах суворого дотримання закону, як радше дбає про своїх членів.

На противагу до ригористичного підходу Католицької Церкви, у Православ'ї віддаються до принципу ікономії. Як слушно зазначає Котлінський Т. Р.: “Це законодавчий та душпастирський принцип, який, передбачаючи схильність людини до духовних огріхів, допускає можливість звільнення особи від обов'язку дотримуватися строгих правил церковних канонів у певних випадках. Мета ікономії збігається з мотивами акривії. Хоча це звучить доволі парадоксально, але принцип ухилення від церковних правил застосовується виключно для спасіння людських душ” [2]. Можна зробити помилкове твердження, що Православна церква в деяких випадках дозволяє людині обирати смерть, але це не так. Оскільки доречно було б зауважити, що принцип ікономії у будь-якому випадку не може суперечити церковним догмам, оскільки є обмеження щодо використання цього принципу в морально-практичних питаннях, а саме коли постає питання про смертний гріх, адже обирання смерті (навіть коли людина є невиліковно хворою) пов'язується із самогубством. Зрештую цей принцип в біоетиці можна застосувати тільки до питань, що стосуються спасіння життя, такі як: трансплантація органів, тканин та стовбурових клітин та генна терапія.

Схожі погляди на життя формує і Протестантська церква. Основоположником терміну та коцепції біоетики став протестантський пастор в місті Галле Фріц Ягр у 1927 році. Біоетичний імперати в Ягра формувався під впливом християнських та гуманістичних традицій, а також в певній мірі філософії буддизму, набуваючи такого визначення: “Поважай все живе взагалі як самого себе і, якщо це можливо, стався до всього живого як до самого себе!”. Тут Ягр інтерпретує Божу заповідь “Не вбивай” як один із принципів “загальної моралі”, до якого відноситься в першу чергу догляд за своїм здоров'ям, громадська охорона здоров'я й медико-санітарна освіта в більш широких рамках біоетичного імперативу [3]. Щодо біоетичних проблем, таких як евтаназія, Протестантська церква має декілька позицій, які залежать від культурних контекстів, окремих віруючих та деномінації. Для прикладу євангелісти, п'ятидесятники, баптисти не підтримують питання евтаназії, абортів або штучну зміну статті, оскільки вважають це одним з порушень святості життя та особистості, як одна з рис людини, посилаючись, що це є Божим даром. Тут автономія волі має певне значення, але підпорядковується Богу. Пресвітеріани, об'єднані церкви, лютерани мають дещо відмінні погляди на питання евтаназії, а саме тоді коли людина є невиліковно хворою. Автономія волі також підпорядковується в більшій мірі Господові, але людина має право обирати рішення про завершення земного буття.

Наразі молодь посилається на І. Канта, оскільки його ідеї відображають

людину як раціональну істоту, тобто вона може самостійно визначати свої дії та робити власний вибір. Кантівська ідея “цінності як гідності будь-якої людської особистості” з роками набуває генералізації та розповсюдження на вразливі соціальні групи, людей, позбавлених суспільством статусу волі (хворі, діти, літні люди та люди з обмеженнями можливостями). В подальшому виникає кантівське розуміння автономії та гідності особистості: внутрішня цінність, що проявляється в турботі та відповідальності за інших; чеснота, яка формується в інтерсуб’єктивних відношеннях; конвенція, згода, щодо попередження дезінтеграції представників життя; соціальна традиція контролю за неприйнятною поведінкою індивіда [4].

Лікарі завжди намагаються у будь-якому випадку зберегти та підтримувати життя пацієнта. Використовуючи трансплантацію органів, медичне використання наркотиків та штучні органи. Все це є доречно, якщо ймовірність повернення пацієнта до нормального життя є достатньо великою. Але навколо трансплантації є певна кількість етичних проблем, хоч вона і спрямована на порятунок життя (життя – дар Божий), а саме: потреби реципієнта; завдання шкоди здоров’ю донора (переважно визначається у відсотках); можливість прискорення смерті як донора, так і реципієнта (у випадку відторгнення). Сучасна біоетика забезпечує розумне вирішення цієї проблеми, враховуючи теперішній розвиток медичних технологій. Також потрібно враховувати, що існують випадки коли навряд чи можна очікувати відновлення життєвих функцій організму, тоді постає питання еутаназії, але християнська церква в цілому не підтримує її застосування, тому що вважає, що життя є одним із Божих дарів. Вона розглядає його як можливий метод вбивства, а це є гріхом.

Цікаве питання щодо штучного запліднення, адже згідно з позицією християнської церкви людська сексуальність і природні репродуктивні функції є божественними вимірами людського життя, які повинні втілюватися у шлюбі та вихованні дітей. Ось чому практика запліднення яйцеклітини “in vitro”, сурагатне материнство є неприродними, тому що викликані штучним шляхом намагання контролювати цей вимір. Вони засуджуються християнською церквою, виходячи із інтересів дитини, оскільки в такому випадку вона народжується поза священним шлюбним союзом і втрачає можливість бути вихованою у повноцінній сім’ї.

Штучне екстракорпоральне запліднення пов’язане із клінічною практикою одночасного запліднення декількох яйцеклітин, що теж порушує етичні проблеми. Головна з них постає у зв’язку із зайвими ембріонами, які заморожуються та зберігаються до подальших спроб імплантації. Їх зазвичай утилізують або проводять над ними клінічні експерименти. Звісно ж така практика суперечить уявленню Церкви про людський ембріон. Адже знищення ембріонів є практикою вбивства, що переплітається з проблемою абортів. Таким чином людський ембріон має право на життя вже з моменту запліднення, кожна людська істота має право на життя і відбирати його заборонено. Ось чому і аборт виступає як одне із порушення права людини жити. “Тонкого розрізнення плоду сформованого або ще не сформованого у нас немає”, – казав Василь Великий [Цит. за: 5].

Розвиток генної інженерії стрімкий, тому це породжує етичні проблеми.

Стосовно цього, слушно на наш погляд, висловилося Гнатик К.: “Трансгенні організми, створені без урахування їх вірогідних екологічних характеристик, які не витримали тривалої спільної еволюції з природними організмами, вихопившись із пробірки на свободу, зможуть безконтрольно і необмежено розмножуватися, що приведе до непередбачуваних катастрофічних наслідків. Все ускладнюється тим, що вчені поки що не знають наслідків штучної інтервенції в геном, а отже, не відомо, які зміни у функціонуванні органів відбудуться” [Цит. за: 5]. Це напряму впливає на спадкову різноманітність людської популяції, а отже і на стійкість до несприятливих умов і захворювань. В цьому випадку наука повинна бути обережною, адже вона може категорично змінити життя людства.

Отже, християнська етика, ґрунтуючись на уявленні про життя як безцінний Божий дар і богоподібну гідність людини, відіграє ключову роль у формуванні сучасних біоетичних принципів. Католицька церква, спираючись на акривію, наголошує на абсолютній святості життя, що обмежує автономію людини в питаннях, таких як евтаназія чи аборти. Православна церква, застосовуючи принцип ікономії, допускає гнучкість у певних випадках (наприклад, трансплантація чи генна терапія), але лише за умови дотримання догматичних меж, що виключають смертний гріх. Протестантські деномінації демонструють різноманітність поглядів, де автономія людини частково визнається, але підпорядковується Божій волі, зокрема в контексті евтаназії чи штучної зміни статі. Сучасні біоетичні виклики, такі як штучне запліднення, генна інженерія, клонування чи трансплантація, вимагають збалансованого підходу, який враховує як науковий прогрес, так і духовні цінності. Християнські церкви одноставно виступають проти практик, що порушують святість життя, зокрема знищення ембріонів чи абортів, розглядаючи їх як вбивство. Водночас генна інженерія викликає занепокоєння через непередбачувані екологічні та генетичні наслідки, що вимагає обережного наукового підходу.

Отже, біоетика, як синтез медичних, етичних і релігійних аспектів, потребує глибокого розуміння духовних засад для гармонійного вирішення складних питань. Християнська етика, попри критику в інформаційному просторі, пропонує зважену позицію, спрямовану на захист людської гідності та спасіння душі, що залишається актуальним у контексті стрімкого розвитку медичних технологій.

Література:

1. Лапутько А. В. Антропологічні основи християнської біоетики: дис. ... канд. філос. наук : 09.00.11 – релігієзнавство / Рівненський державний гуманітарний університет. Рівне, 2021. 183 с.
2. Котлінський Т. Р. Моральна оцінка використання допоміжних репродуктивних технологій: католицьке та православне вчення: Магістерська робота: (041 “Богослов’я”) / Український Католицький Університет. Кафедра богослов’я; Наук. кер: д.б. Ярема М. Б. – Львів: УКУ, 2024. – 90 с.
3. Засс Г.-М. Засади біоетики з протестантської традиції (Частина 2) [переклад з німецької і примітки Ганни Губенко] // Філософія освіти, 2018, № 1 (22). – С. 199-210.

4. Пустовіт С. В. Філософсько-методологічний аналіз передумов, засад та принципів біоетики / Дисертація на здобуття вченого ступеня доктора філософських наук (спеціальність 09.00.09 – філософія науки) – Інститут вищої освіти НАПН України. – Київ, 2009. – 362 с.
5. Мартич Р. В. Ідеї біоетики в сучасному православному дискурсі // СОФІЯ. Гуманітарно-релігійознавчий вісник. № 1(5)/2016. – С. 27-31.

Шепетько В. А.,

НМУ імені О. О. Богомольця,
nika.shepetko@gmail.com

Науковий керівник:

д. філос. н., проф. Шевченко С. Л.,
професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ДО СПЕЦИФІКИ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ: МИНУЛЕ Й СЬОГОДЕННЯ

Незважаючи на швидкоплинний розвиток сучасного секуляризованого суспільства, на медичну практику все ще вагомий вплив мають релігійні переконання, оскільки медичні працівники не можуть не враховувати духовні потреби пацієнтів поряд з фізичними. Хоча й науковий прогрес забезпечує нові методи діагностики та лікування, втім питання релігійної етики не втрачають своєї актуальності, зокрема у випадках, коли релігійні чи духовні практики виконують певну терапевтичну функцію в лікуванні пацієнта (занурення у молитву, як четвертий стан свідомості). Крім цього, релігія й надалі продовжує впливати на етичні та правові аспекти медицини, що підкреслює потребу у більш глибокому розумінні її ролі в сучасну добу.

Мета даної розвідки полягає у окресленні специфіки взаємозв'язку релігії та медицини в методологічному, історичному, етичному та правовому контекстах. Для цього доречно проаналізувати і основні сучасні підходи до інтеграції окремих аспектів релігійних практик у медицину, що, на нашу думку, допоможе зрозуміти, як релігійні переконання впливають на прийняття медичних рішень пацієнтами, а також на етичні принципи, що формуються у відповідь на виклики сучасної медицини. Особливу увагу зосереджено на історичних етапах розвитку медицини під впливом релігії, а також нових методологічних підходах, які дозволяють вивчати цей взаємозв'язок у сучасних умовах.

У сучасному суспільстві взаємозв'язок релігії та медицини залишається важливою темою, оскільки розвиток медичних технологій і нові етичні питання все частіше стикаються з глибокими релігійними та духовними переконаннями людей.

Релігія історично відігравала значну роль у формуванні медичної науки і моралі, а медична практика зазнавала впливу не тільки наукових досягнень, а й релігійних доктрин. Дослідження цієї взаємодії набуває особливого значення

сьогодні, коли культурні, етичні та релігійні аспекти особистості пацієнта вимагають врахування та належного ставлення у процесі надання йому медичних послуг.

Історичний аспект взаємозв'язку релігії та медицини. Взаємозв'язок релігії та медицини має глибоке історичне коріння і відображає багатовіковий процес взаємовпливу між духовними вченнями та наукою про здоров'я. В Стародавньому Єгипті і Месопотамії, Індії та Китаї, добу Античності медицина перебувала під сильним впливом релігійних вірувань. Лікарі, які зазвичай також були жерцями, вважали, що хвороби є наслідком дії надприродних сил або покаранням від божеств, а їх лікування передбачало звернення до богів або проведення обрядів для очищення душі [1].

У Стародавній Греції Гіппократ відокремив медичну практику від релігійних обрядів, заклавши основи медицини, як самостійної дисципліни, зосередженої на розумінні природних причин хвороб та їх лікуванні.

У середньовічній Європі Християнська церква взяла на себе функцію організації медичної допомоги через монастирі, які зазвичай виконували також функцію лікарень і притулків для хворих та обездолених. Медична діяльність у цей період була підпорядкована догмам церкви, і відхилення від релігійних переконань могло викликати осуд або навіть покарання [2].

Видатні вчені Стародавнього Сходу, такі як Авіценна (Абу Алі аль-Хусейн ібн Абдаллах ібн Сііна) та ар-Разі (Абу Бакр Мухаммад ібн Закарія ар-Разі), розробили медичні тексти, що узагальнювали знання давніх лікарів і водночас включали інноваційні методи діагностики і лікування [1].

Протягом XIX і XX століть, особливо в період індустріалізації та науково-технічного прогресу, медицина почала повністю відокремлюватися від релігії, базуючись на доказовій базі та експериментальних методах. Але, попри це, релігія продовжує впливати на медичну етику і сьогодні, особливо в питаннях евтаназії, репродуктивної медицини, трансплантології та паліативної допомоги [1].

Сучасні методологічні підходи у вивченні взаємозв'язку релігії та медицини. Сучасні методологічні підходи у вивченні взаємозв'язку релігії та медицини базуються на міждисциплінарному підході, який об'єднує медицину, соціологію, психологію, антропологію та теологію. Розуміння того, як релігійні вірування впливають на медичні рішення та етичні стандарти, вимагає від дослідників застосування якісних і кількісних методів.

Одним із найбільш поширених методів є соціологічне опитування, яке дозволяє дослідникам отримати статистичні дані про те, як різні релігійні групи ставляться до медичних питань, таких як вакцинація, переливання крові, репродуктивне здоров'я, евтаназія та паліативна допомога. Опитування також дозволяють оцінити загальні тенденції та рівень в релігійних переконаннях довіри пацієнтів до медичних установ і персоналу.

Іншим важливим методом є якісні дослідження, зокрема інтерв'ю та фокус-групи, що дозволяють отримати більш детальні та глибокі уявлення про релігійні погляди. Інтерв'ю особливо корисне для вивчення мотиваційних і культурних переваг, що впливають на вибір медичних рішень та стратегій лікування. Важливо зазначити про принципи конфіденційності та неупередженості.

Психологічні дослідження зосереджені на аналізі впливу релігійних вірувань на психологічний стан пацієнтів та їхній процес одужання. Дослідження показують, що у деяких релігійних групах спостерігається вищий рівень психологічної підтримки та стійкості, що позитивно впливає на результати лікування. Крім того, вивчення ролі молитви, медитації та інших духовних практик дозволяє зрозуміти, як вони сприяють зниженню стресу і покращенню якості життя пацієнтів, що особливо важливо у випадках хронічних або невиліковних захворювань.

Антропологічний підхід дозволяє досліджувати взаємозв'язок релігії та медицини через культурний контекст, розкриваючи унікальні практики та вірування, що існують в різних спільнотах [2]. Цей підхід спрямований на розуміння традиційних медичних практик, зокрема цілительства, та їх адаптації в сучасній медицині.

Комплексний підхід включає правові та етичні дослідження, які досліджують конфлікти між релігійними переконаннями пацієнтів і вимогами медичної етики. Це включає вивчення ситуацій, коли медичні рішення, продиктовані релігійними переконаннями, можуть суперечити медичним рекомендаціям, що створює необхідність у пошуку компромісів.

Роль релігії в сучасній медичній практиці. Роль релігії в сучасній медицині та сфері охорони здоров'я є багатогранною. Релігія здатна забезпечити пацієнтам духовну підтримку, зменшити рівень стресу та сприяти психологічній стійкості в складних ситуаціях, таких як важкі захворювання або тривалі періоди лікування. Водночас вона може створювати певні бар'єри між медичними працівниками та пацієнтами, якщо медичні процедури суперечать релігійним переконанням хворих.

Насамперед, релігійні переконання можуть позитивно впливати на психологічне здоров'я пацієнтів. Духовна підтримка, зокрема через молитви, спілкування з представниками релігійних громад або духовними наставниками, може відігравати важливу роль у процесі одужання пацієнта, зменшуючи рівень тривожності та депресії [3].

Іншим важливим аспектом є вплив релігії на вибір медичних процедур пацієнтами. Наприклад, свідки Єгови часто відмовляються від переливання крові, що змушує лікарів шукати альтернативні методи лікування, такі як використання безкровних методик хірургічного втручання. Інші релігійні групи можуть обмежувати застосування анестезії, хіміотерапії. Такі ситуації вимагають від медичних працівників делікатності та глибокого розуміння релігійних принципів пацієнтів [4].

Представники релігійних громад, зокрема священнослужителі, можуть брати активну участь у паліативній опіці, допомагаючи пацієнтам знайти духовний спокій, особливо в кінці життя. Медичні заклади нерідко мають спеціальні кімнати для молитви або місця для проведення релігійних обрядів, що допомагає пацієнтам і їхнім родинам переживати важкі моменти життя. Релігія в цьому випадку є важливим елементом підтримки, що допомагає пацієнтам підготуватися до смерті, примиритися з нею та зорієнтувати надію на інший, духовний сенс життя.

Релігійні погляди можуть визначати ставлення до процедур, наприклад

у питаннях репродуктивної медицини, як штучне запліднення, аборти, контрацепція та генно-інженерні втручання. Наприклад, Католицька церква має чітку позицію щодо абортів та контрацепції, що часто впливає на вибір вірян стосовно цих питань. Для таких пацієнтів медичний персонал повинен знаходити компромісні рішення, що дозволяють поважати релігійні переконання і водночас забезпечити медичну допомогу [4].

У багатьох країнах програми з медичної етики включають елементи релігієзнавства, що допомагає сучасним лікарям більш чутливо ставитися до релігійних переконань пацієнтів та уникати конфліктів на релігійному підґрунті.

Етичні та правові аспекти. З одного боку, пацієнти мають право на свободу віросповідання, включно з дотриманням релігійних принципів у процесі лікування. З іншого боку, медичний персонал зобов'язаний забезпечувати необхідну медичну допомогу в інтересах здоров'я пацієнта, що іноді може суперечити релігійним поглядам хворого.

Один із ключових етичних викликів стосується права пацієнтів на відмову від певних медичних процедур з релігійних міркувань. У таких випадках важливу роль відіграє принцип автономії, згідно з яким пацієнти мають право приймати рішення стосовно власного здоров'я, навіть якщо ці рішення загрожують їхньому життю [5].

В екстрених ситуаціях, коли пацієнт не може висловити свою згоду або незгоду, медики мають дотримуватися етичних норм, однак релігійні аспекти все одно відіграють певну роль, особливо якщо представники сім'ї виступають проти деяких методів лікування. Однак стосовно дітей законодавство зазвичай є суворішим, і право батьків відмовлятися від лікування через релігійні міркування може бути обмеженим, якщо це ставить під загрозу життя або здоров'я дитини [6, розд. 1, ст. 3; розд. 2 ст. 35].

Ще однією важливою етичною проблемою є питання права на гідну смерть. Деякі пацієнти чи їхні родичі можуть вважати евтаназію неприпустимою з релігійних переконань, навіть якщо вона є законною у певних країнах.

Релігійні етичні стандарти можуть також впливати на лікарів та медичний персонал. Наприклад, у ситуаціях, коли лікарі мають моральні заперечення проти проведення певних процедур, таких як аборт або евтаназія, вони можуть звертатися до «права на відмову за совістю». Це право дозволяє медичним працівникам відмовитися від виконання дій, що суперечать їхнім особистим релігійним чи моральним переконанням, проте воно повинне бути збалансоване з обов'язком забезпечення пацієнтам доступу до необхідної медичної допомоги.

Таким чином, етичні та правові аспекти взаємозв'язку релігії та медицини вимагають чіткого балансу між повагою до релігійних переконань пацієнтів і забезпеченням професійної відповідальності медичних працівників

Підсумовуючи, варто наголосити, що роль релігії у медичній практиці історично видозмінювалась з теоцентричного до антропоцентричного контексту, а сучасний вплив релігійних переконань на розвиток медицини та забезпечення медичних послуг проявляється в етичному регулюванні більшості неоднозначних медичних практик [4]. Релігія в даному випадку виступає передумовою етики, зокрема біоетики та біомедичної етики. І в цьому евристичний потенціал релігії залишається невичерпним і для медицини зокрема. Історично релігія сприяла

виникненню перших лікарень та медичних установ, а також стимулювала розвиток доглядових практик (паліативна та хоспісна медицина). У сучасній медицині релігійні переконання пацієнтів можуть впливати на їхні рішення щодо лікування (автономія пацієнта). Повага до релігійних переконань пацієнта стала одним із ключових принципів у пацієнт-орієнтованій моделі охорони здоров'я. Правові аспекти захищають як право пацієнтів на дотримання релігійних переконань, так і обов'язок медиків надавати якісну допомогу. Закони часто регулюють взаємодію медичних працівників із пацієнтами, встановлюючи межі для прийняття рішень у складних ситуаціях.

Отже, релігійні переконання пацієнтів і медичного персоналу мають враховуватись у процесі надання медичної допомоги, що, на нашу думку, сприятиме довірі та взаєморозумінню між пацієнтами й лікарями, а також покращуватиме результати лікування та підвищуватиме якість медичних послуг.

Література:

1. Голяченко, О., Ганіткевич, Я. (2016), *Історія медицини: посібник* [2-ге вид., допов.], ТДМУ, Тернопіль, 326 с. – URL: <https://emed.library.gov.ua/wp-content/uploads/tainacan-items/1678/14809/Istoriia-medytsyny.-Holiachenko-Hanitsevych.pdf>
2. Піх, Ю. А. (2017), *Загальна характеристика секуляризації і десекуляризації правових систем релігійного типу*: дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.01; Львів. держ. ун-т внутр. справ, Нац. ун-т «Львів. політехніка», Львів, 226 с. – URL: <https://lpnu.ua/sites/default/files/2020/dissertation/1691/dysertaciynarobotanazdobuttyanaukovogostupenyakandydatayurydychnyhnaukpihyuliyiandriyvny.pdf>
3. Васильєва, І. В. (2018), «Філософія релігії та медицини свт. Луки (В.Ф. Войно-Ясенецького)», *Вісник Національного авіаційного університету. Серія: Філософія. Культурологія*, Т. 27, №1, С. 5-9. – URL: <http://jrn1.nau.edu.ua/index.php/VisnikPK/article/view/13342>
4. «Чи є види лікування, які Церква засуджує?» (2014). – URL: <https://credo.pro/2014/03/111835>
5. Етичні проблеми в медицині: навчальний посібник для самостійної роботи студентів I-III курсів медичних та фармацевтичного факультетів денної форми навчання галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальностей 221 «Стоматологія», 222 «Медицина», 226 «Фармація, промислова фармація», 228 «Педіатрія» / І. Г. Утуж, М. О. Мерелішвілі. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2021. – 140 с.
6. Конституція України / Верховна Рада України; Закон від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254k/96-vr#Text>

Бондар А. Г.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
annabondar294@gmail.com

Науковий керівник:
д. філос. н., проф. Шевченко С. Л.,
професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

СУРОГАТНЕ МАТЕРИНСТВО: ЗА ЧИ ПРОТИ

Материнство є не просто природним способом продовження існування популяції людей, а періодом передачі генів, звичок і традицій від матері до дитини. З кожним поколінням людства гени людей зазнають мутацій, які впливають на розвиток спадкових генетичних захворювань, на здатність жінок на запліднення та виношування дитини. Виникнення фізіологічних змін в жінках викликали попит на сурогатне материнство.

Сурогатним материнством називають практику коли жінка погоджується завагітніти, виносити дитину, народити та відмовитись від батьківських прав на користь іншої особи або пари, які є юридичними батьками. Воно з'явилося з розвитком відповідної медичної галузі, як один із можливих варіантів боротьби з проблемою безпліддя, або неможливості народження жінкою за медичними показниками. Проте, з часом послугами сурогатного материнства почали користуватись самотні особи або пари, які знаходяться в одностатевих стосунках.

Сурогатне материнство розділилося на два основних типи – традиційне (генетичне) та гестаційне. При традиційному сурогатному материнстві сурогатна мати є біологічною матір'ю дитини, оскільки її яйцеклітина запліднюється спермою генетичного батька або донора. При гестаційному сурогатному материнстві, сурогатна мати не має генетичного зв'язку з дитиною, оскільки ембріон, який вона виношує створюється засобами екстракорпорального запліднення з використанням сперми та яйцеклітини генетичних батьків або донорів.

В таких європейських країнах як Франція, Німеччина, Італія, Польща, Болгарія, Швеція, Португалія та Австрія сурогатне материнство є забороненим, а в Австралії, Великобританії, Данії, Ізраїлі, Іспанії, Канаді, Нідерландах, окремих штатах Америки дозволене лише некомерційне сурогатне материнство (коли сурогатна мати не одержує винагороди, заборонена реклама сурогатного материнства, підбір сурогатних матерів). В Україні ж навпаки воно є санкціонованим на законодавчому рівні [1, с. 194], така ситуація призводить до підвищеного попиту в Україні з боку громадян країн в яких ця процедура є забороненою, а також, сприяє розвитку спектру етичних та біоетичних проблем

пов'язаних з цим явищем.

“За останні роки українські сурогатні матері, – як доводить Золотарьов О. І., – народили понад 6 000 дітей для іноземців. Україна є найбільш ліберальною країною щодо сурогатного материнства. Сурогатне материнство в Україні легальне, в тому числі комерційне та регулюється наступними законодавчими актами: Цивільний кодекс України, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Сімейний кодекс України, Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.09.2013 № 787 «Порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» [2].

Основні положення законодавчих актів в цій сфері:

- Пункт 2 ст.123 Сімейного кодексу України: «У разі перенесення в організм іншої жінки ембріона людини, зачатого подружжям в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій, батьками дитини є подружжя» [3].

- Пункт 7 статті 281 Цивільного кодексу України: «Повнолітні жінка або чоловік мають право за медичними показаннями на проведення щодо них лікувальних програм допоміжних репродуктивних технологій згідно з порядком та умовами, встановленими законодавством» [4].

- Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 787 «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» від 09.09.2013 р. [5].

Наказ МОЗУ № 787 визначає умови застосування сурогатного материнства:

- наявність медичних показань у подружжя, в інтересах яких проводиться процедура;

- подружжя (або принаймі один із батьків) повинно мати генетичний зв'язок із дитиною;

- сурогатна мати не повинна мати генетичного зв'язку з дитиною. В Україні дозволено тільки гестаційне сурогатне материнство [5].

До проблем, які прослідковуються в наведених вище нормативно-правових актах, можна віднести експлуатацію жінок та комерціалізацію послуг сурогатного материнства, юридичні та правові колізії стосовно питань громадянства дитини, прав батьків та їх відповідальності за новонароджену дитину, етичні та моральні дилеми, ризики для здоров'я сурогатної матері та питання згоди сурогатної матері на проведення всіх юридичних процедур. Тому, виникає складне за своєю суттю запитання: як ставитися до сурогатного материнства? Тобто, відстоювати позицію “за” чи “проти” процедури сурогатного материнства.

До аргументів “за” сурогатне материнство можна віднести: можливість для бездітних пар мати дітей, добровільний вибір жінки стати сурогатною мамою та прогрес медичних технологій. Наприклад, сурогатне материнство дає шанс бездітним парам мати власних дітей, які не можуть зачати або виносити дитину самостійно через медичні показання (відсутність або хвороба статевих органів в жінки, повторні невдалі спроби екстракорпорального запліднення (ЕКЗ), серйозні захворювання тощо). Також, жінка, яка стане сурогатною мамою повинна добровільно і усвідомлено погодитись на процедуру, без

тиску та розуміючи можливі наслідки під час вагітності, а також, необхідність віддати виношену дитину юридичним батькам. Збільшення фінансування цієї процедури допомогло розвитку репродуктивних технологій, зокрема ЕКЗ, зробивши гестаційне сурогатне материнство можливим, усуваючи генетичний зв'язок між сурогатною матір'ю та дитиною.

До аргументів “проти” сурогатного материнства можна віднести: експлуатацію жінок, комодифікацію дитини та жіночого тіла, психологічні наслідки для всіх учасників процедури, юридичну невизначеність та ризики, а також, зміну традиційних уявлень про сім'ю. Тобто, існує значний ризик експлуатації жінок, особливо в комерційному сурогатному материнстві, де фінансові стимули можуть переважати добробут сурогатної матері, тому дитина та репродуктивна функція жінки перетворюється на товар. Додатково, усі учасники процесу відчують складні емоції, а отже, мають психологічні наслідки, включаючи сурогатну матір, яка віддає дитину, генетичних батьків, які можуть відчувати тривогу, та дитину, яка може мати питання про своє походження. Не менш важливим, є відсутність уніфікованого міжнародного законодавства, що створює ризики для всіх сторін (наприклад, народження дитини з інвалідністю тощо).

Окремою проблемою можна виділити непоодинокі випадки відмови сурогатної матері або подружжя від договору. Це питання є зовсім нерегульованим на законодавчому рівні, воно висвітлювалось під час карантину, коли багато авіарейсів були скасовані, а біологічні батьки не могли вчасно забрати свою дитину і рішення щодо подальшої долі приймалось на локальному рівні в репродукційних центрах. В Україні допомогу в підборі сурогатної матері займаються посередники, які в більшості випадків не мають необхідної реєстрації, а отже, і не несуть ніякої відповідальності [1, с. 196]. В такій ситуації в першу чергу страждає дитина, якщо вона виявилася не потрібною біологічним батькам. На жаль, відповідальності за таку відмову вони також не несуть.

Відсутній також детальний механізм реагування в законодавстві на ситуацію, коли подружжя починає процес розлучення, або раптово помирає, в такому випадку не має роз'яснення ні того з ким залишається дитина, ні того чи може дитина стати спадкоємцем своїх біологічних батьків без довготривалих судів.

Також, проти сурогатного материнства виступають церковні групи, які аргументують своє відношення посяганням на святість шлюбу, проте, за умови, що люди живуть у світському суспільстві і існує тенденція співмешкання, коли взагалі не реєструються стосунки, цей аргумент є відірваним від життя.

З огляду на все вище зазначене, розглядати питання “за” чи “проти” проведення цієї процедури досить важко, адже це є неоднозначним питанням, яке потребує розгляду кожної конкретної ситуації. Сама ідея сурогатного материнства є складною та багатогранною. З одного боку, вона може дати безцінну можливість стати батьками тим, хто інакше не міг би цього зробити. З іншого боку, існують серйозні ризики, пов'язані з експлуатацією, комерціалізацією та потенційними негативними наслідками для всіх учасників процесу.

Отже, Україна де-факто є країною так званого «комерційного сурогатного материнства» [2]. Законодавча база [3-6] містить мінімум обмежень для

проведення процедури, як для громадян України, так і для іноземців, що засвідчую законодавство в цій сфері. Якщо сурогатне материнство і має існувати, то воно має бути, на нашу думку і думку сучасних дослідників даної проблеми [1; 2; 7-9], суворо регульованим законодавством, яке насамперед має захищати права сурогатної матері та дитини, що сьогодні не забезпечується повноцінно на законодавчому рівні в Україні, що свідчить про недостатню імплементацію в Україні міжнародного та європейського досвіду врегулювання даної проблеми. Тому, важливе подальше вдосконалення українського законодавства в напрямку прозорого регламентування процедури сурогатного материнства, зокрема добровільної та усвідомленої згоди усіх сторін, належної медичної та психологічної підтримки, а також, чітке визначення прав та обов'язків генетичних та соціальних батьків.

Література:

1. Маркович Х. М., Крікало О. Б. (2020), "Сурогатне материнство в Україні: проблемні аспекти правового регулювання", *Юридичний науковий електронний журнал*, № 7, с. 194-197.
2. Золотарьов О. І. Сурогатне материнство в Україні, правові норми та нюанси (2025). – URL: <https://uamedtours.com.ua/blog/article/surogatne-materinstvo-v-ukrayini-pravovi-normi-ta-nyuansi>
3. Сімейний кодекс України / Кодекс України; Кодекс, Закон від 10.01.2002, № 2947-III. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2947-14#Text>
4. Цивільний кодекс України / Кодекс України; Закон, Кодекс від 16.01.2003, № 435-IV. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text>
5. Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні / МОЗ України; Наказ, Порядок, Перелік [...] від 09.09.2013, № 787 – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1697-13#n15>
6. Основи законодавства України про охорону здоров'я / Закон України від 19.11.1992, № 2801-XII. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
7. Вустенко В. В., Шупика П. Л. (2007), "Сурогатне материнство: правовий та морально-етичний аспекти", *Новини медицини та фармації*, 20 (228) – URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/4100>
8. Міщук І.В., Слаб'як Т.Б. (2017), "Правове регулювання сурогатного материнства", *Молодий вчений*, № 5.1 (45.1), с. 73-76.
9. Шебаніц Д. М., Дресвяннікова В. Д. (2021), "Особливості правової регламентації сурогатного материнства в Україні", *Юридичний науковий електронний журнал*, № 7, с. 96-98.

Глевацька М. О.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
hlevatska.marharita@gmail.com

Науковий керівник:
д. філос. н., проф. Шевченко С. Л.,
професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

СУРОГАТНЕ МАТЕРИНСТВО: ОСОБЛИВОСТІ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ В УКРАЇНІ

Сурогатне материнство є одним із ключових напрямків репродуктивної медицини, що викликає значний суспільний інтерес, правові та етичні дискусії в усьому світі. Завдяки сприятливим законодавчим умовам, відносно доступним цінам Україна давно стала одним із світових центрів медичного туризму для пар, яким необхідні послуги, що включають в себе допоміжні репродуктивні технології, зокрема сурогатне (або, іншими словами, замінне) материнство.

Згідно законодавства, в Україні дозволено лише гестаційне материнство [1], його особливість полягає в тому, що сурогатна мати виконує лише функцію виношування дитини, не маючи генетичного зв'язку з нею. Це суттєво відрізняє гестаційне материнство від традиційного сурогатного, коли сурогатна мати є також донором яйцеклітини і, відповідно, біологічно пов'язана з дитиною. При цьому, дозволена як альтруїстична, так і комерційна форма. На відміну від України, в інших країнах Європи замінне материнство здебільшого під заборобою. Виключенням є Бельгія, Великобританія, Греція, Албанія, Чехія, Нідерланди та Грузія. Серед цього переліку сурогатне материнство на комерційній основі доступне лише в Чехії, Албанії та Грузії, а доступ до цієї послуги для іноземців є в усіх перелічених країнах, крім Великобританії та Нідерландів. На рівні законодавства закріплене використання сурогатного материнства лише в Грузії [2].

Сучасні українські дослідники даної проблеми (Пашков В. М. та Гнедик Є. С.) відзначають, що в Україні спеціальне правове регулювання господарської діяльності у сфері медичного туризму фактично відсутнє, хоча потреба в унормуванні цієї діяльності з кожним днем зростає [3]. Підтвердженням цього є те, що сфера сурогатного материнства стикається з серйозними викликами, зокрема через правові прогалини, що дозволяють маніпуляції та зловживання, окрім цього саме поняття "сурогатне материнство" не включено в нормативно-правові акти України.

Згідно ч. 2 ст. 123 Сімейного кодексу України майбутніми батьками дитини, народженої сурогатною матір'ю, можуть стати лише гетеросексуальні пари, які перебувають у зареєстрованому шлюбі. Це виключає можливість використання допоміжних репродуктивних технологій для гомосексуальних пар, неодружених гетеросексуальних партнерів та одиноких чоловіків чи жінок. Для того, щоб скористатися сурогатним материнством, обов'язково необхідно мати медичні показання [4]. Через це однією з серйозних проблем є ситуації,

коли іноземні громадяни, які не можуть народити дитину в своїй країні через певні обставини, укладають фіктивні шлюби, аби обійти процедуру сурогатного материнства, народити дитину в Україні, отримати відмову від дитини (зі сторони сурогатної матері на користь біологічних батьків), й згодом вивести її за кордон [5]. Законодавство України чітко визначає права біологічних батьків на дитину, народжену за допомогою сурогатного материнства [4], але не враховує можливих зловживань з боку іноземців, які інколи використовують можливості обходу норм. Це створює ризики для жінок, які погоджуються на такі «домовленості», та для самих дітей, чий інтерес є недостатньо захищеними.

У контексті війни ці виклики загострюються. Через нестабільність та труднощі з пересуванням багато батьків-іноземців не можуть забрати своїх дітей, народжених сурогатними матерями [6], з такою самою ситуацією іноземці стикались й у часи карантину, викликаного пандемією COVID-19 [5]. Це ускладнює ситуацію, оскільки законодавство в повній мірі не регулює статус дітей у таких форс-мажорних обставинах, а виходить тільки з положень Сімейного кодексу України, яких замало для контролю ситуації. Водночас, ризик зловживань, зокрема через фіктивні шлюби, залишається високим.

Для подолання проблеми укладання фіктивних шлюбів іноземцями з метою обходу законодавчих обмежень у сфері сурогатного материнства необхідно впровадити низку заходів на законодавчому, адміністративному та міжнародному рівнях: доречно було б встановити обов'язкову перевірку тривалості шлюбу (наприклад, не менше одного року) та факту спільного проживання пари; посилити контроль за реєстрацією шлюбів іноземців із громадянами України, особливо якщо такі шлюби укладаються за короткий термін; ввести адміністративну та кримінальну відповідальність за подібне порушення; укласти договори з країнами, громадяни яких звертаються за даною послугою в Україну.

Також однією з актуальних і складних проблем, яка все частіше привертає увагу юристів, медиків і правозахисників, є участь громадян іноземних держав у програмах сурогатного материнства в Україні, зокрема тих країн, де застосування цього методу офіційно заборонене. В Україні, де сурогатне материнство є дозволеним і має нормативно-правове регулювання, іноземці можуть звертатися до таких послуг на цілком законних підставах. Однак після народження дитини й оформлення відповідних документів, часто виникають складнощі, пов'язані з вивезенням дитини до країни постійного проживання батьків. Це пов'язано з тим, що багато країн, особливо ті, де сурогатне материнство вважається незаконним, відмовляються визнавати дітей, народжених таким шляхом, громадянами або не надають правової підтримки для оформлення їхнього в'їзду. Внаслідок цього батьки, попри офіційну реєстрацію дитини в Україні, не можуть оформити всі необхідні документи для вивезення її за межі країни. Саме така ситуація зараз виникла в Італії, де з недавніх пір передбачена кримінальна та адміністративна відповідальність, навіть якщо дитина була народжена шляхом сурогатного материнства в іншій країні [7].

Ці обставини створюють серйозні ризики для самих дітей, які можуть залишитися без догляду своїх біологічних батьків. Крім того, це ставить сурогатних матерів і медичні установи у складне становище, оскільки юридична

відповідальність і подальша доля цих дітей залишаються невизначеними.

В умовах війни в Україні, коли демографічна криза стає дедалі гострішою, такі діти могли б потенційно отримати статус громадян України, за умови відповідного нормативно-правового регулювання. Зараз країна стикається зі значним скороченням населення через високий рівень смертності, міграцію та низьку народжуваність [8], тому надання таким дітям громадянства могло б стати не лише гуманітарним рішенням, але й частиною політики підтримки демографічного відновлення. Однак, цей підхід потребує ретельного опрацювання, щоб уникнути ситуацій, коли діти залишаються без належної опіки, а також без захисту їхніх прав і забезпечення повноцінного життя і розвитку. Важливим аспектом є впровадження механізмів державної підтримки, зокрема опікунства, якщо біологічні батьки не можуть чи не хочуть забрати дитину, народжену за допомогою сурогатного материнства, запровадити можливість опікунства сурогатною матір'ю (за умови, що вона перебуває в шлюбі на момент оформлення опікунства), якщо вона висловить таке бажання.

Таким чином, проблема документального оформлення дітей, народжених сурогатними матерями для іноземців, відкриває не лише юридичні й етичні виклики, але й можливості для України з точки зору демографічної стабільності. Комплексне вирішення цієї ситуації може сприяти захисту прав дитини, підтримці національних інтересів і частковому вирішенню демографічних проблем країни.

Отже, Україна, як один із світових лідерів у сфері медичного туризму, стикається з низкою правових та етичних питань, пов'язаних із сурогатним материнством. Незважаючи на законодавче регулювання, галузь залишається дуже вразливою до зловживань, особливо в умовах війни. Прогалини в законодавстві, відсутність чітких механізмів контролю та зростаюча кількість іноземних пар, які звертаються за цією послугою, створюють складні ситуації для всіх учасників процесу: сурогатних матерів, біологічних батьків та самих дітей. Для вирішення цих проблем необхідне запровадження нових заходів на законодавчому та міжнародному рівнях, спрямованих на захист прав усіх сторін та забезпечення стабільності галузі. Водночас, сурогатне материнство може стати інструментом для подолання демографічної кризи в Україні, за умови розробки відповідних механізмів та державної підтримки.

Література:

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 787 "Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні" від 9 вересня 2013 р. станом на 16 квітня 2024 р. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1697-13#Text>
2. "Де легальне сурогатне материнство в Європі". – URL: <https://uamedtours.com.ua/blog/article/de-legalne-surogatne-materinstvo-v-jevropi>
3. Пашков В. М., Гнедик Є. С. Правове регулювання медичного туризму в умовах війни в Україні: монографія. – Харків: Право, 2022. – 188 с.
4. Сімейний кодекс України, Закон від 10.01.2002, № 2947-III. – URL:

- <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2947-14#Text>
5. “Україна перетворилась на світовий центр сурогатного материнства та постійно потрапляє у скандали”. – URL: <https://tsn.ua/ukrayina/ukrayina-peretvorilas-na-svitoviy-centr-surogatnogo-materinstva-ta-postiyno-potraplyaye-u-skandali-1539669.html>
 6. “In a Kyiv Basement, 19 Surrogate Babies are trapped by War but kept alive by Nannies”. – URL: <https://www.nytimes.com/2022/03/12/world/europe/ukraine-surrogate-mothers-babies.html>
 7. “Senate gives final OK to bill against surrogacy. Measure already approved by the Lower House becomes law”. – URL: https://www.ansa.it/english/news/2024/10/16/senate-gives-final-ok-to-bill-against-surrogacy_7dac776c-29d4-4547-a36a-77bc76f96e24.html
 8. “Демографічна криза в Україні: смертність вже втричі перевищує народжуваність”. – URL: <https://www.unian.ua/society/demografichna-kriza-v-ukrajini-smertnist-vtrichi-perevishchuye-narodzhuvanist-12718182.html>

Дяченко А. В.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
annavdku@gmail.com

Науковий керівник:
д. філос. н., проф. Шевченко С. Л.,
професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ЕТИЧНІ ВИКЛИКИ РЕДАГУВАННЯ ГЕНОМУ ЛЮДИНИ

Безпосередньо актуальні проблеми біомедичної етики та біоетики полягають в питаннях генетичного тестування, клонування тварин та людей, а також у використанні біотехнологій. Зазначені аспекти вимагають балансу між інноваціями, правами людини та суспільною справедливістю, і потребують чіткого правового регулювання.

Мета дослідження полягає в аналізі актуальних проблем біоетики та медичної етики, які виникають через стрімкий розвиток сучасних медичних технологій і наукових досліджень. Для цього спробуємо у даній розвідці визначити основні етичні виклики, з якими зіштовхуються медики та науковці, зосередившись зокрема на впливі релігійних, культурних та соціальних факторів на формування етичних стандартів та медичних рішень в контексті редагування геному людини.

Сучасний розвиток медичних технологій та наукових знань сприяє появі нових етичних викликів, що потребують дослідження і розгляду в межах біоетики та біомедичної етики. Зокрема біоетика, як міждисциплінарна галузь знань, об'єднує філософські, медичні, правові та релігійні аспекти, що сприяє формуванню комплексного підходу до розв'язування етичних проблем у медицині та біологічних науках.

Біоетика, як наукова дисципліна, сформувалася в середині XX століття, коли на тлі розвитку біомедичних досліджень виникла необхідність у розробці етичних стандартів, які б могли регулювати діяльність учених та медиків. Ключову роль у цьому процесі відіграв такий видатний вчений, як Ван Ренсселер Поттер, який впровадив концепцію «глобальної біоетики» та «інтегративної біоетики» [1; 2]. Одним з ключових аспектів біоетики є питання автономії пацієнта, який передбачає право на самовизначення і прийняття рішень стосовно власного здоров'я [4]. Іншою, не менш важливою проблемою є питання генетичних досліджень та генної інженерії, які відкривають нові можливості для лікування генетичних захворювань, але водночас сприяють виникненню етичних дискусій щодо можливих наслідків втручання у геном людини [3]. Не менш важливим є міжнародне регулювання біоетичних стандартів, зокрема Гельсінська декларація, яка встановлює етичні принципи для медичних досліджень за участі людей [3].

Завдяки розвитку таких технологій, як CRISPR-Cas9 (Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats-CRISPR-associated protein 9), що дають змогу точно змінювати ДНК, редагування геному людини стало однією з найважливіших тем сучасної науки. Всупереч тому, що цей прорив відкрив величезні можливості для лікування генетичних захворювань, він водночас викликав серйозні етичні дилеми. Основні запитання пов'язані з медичними, соціальними та правовими аспектами застосування цих технологій, а також із можливими ризиками для майбутніх поколінь [5; 6].

Редагування геному, спрямоване на лікування серйозних генетичних захворювань, таких як муковісцидоз або серповидно-клітинна анемія, здебільшого вважається морально прийнятним і етичним. Це пов'язано з тим, що такі медичні втручання можуть значно покращити якість життя пацієнтів, полегшивши симптоматику їхніх хвороб та серйозні обмеження з якими доводиться зіштовхуватись. Крім того, лікування генетичних захворювань за допомогою редагування генетичної структури сприяє запобіганню поширення цих захворювань у наступних поколіннях, що є величезним досягненням у медицині. Втручання в корекцію статевих клітин або ембріонів потенційно може змінити ДНК нащадків.

Згадані вище досягнення викликають занепокоєння щодо можливих небажаних наслідків через втручання в складні генетичні механізми. Навіть якісне редагування, яке виконане з добрими намірами, може призвести до мутацій або інших проблем, які призведуть до незворотних змін, що буде важко виправити в майбутньому.

У 2018 році китайським вченим, на ім'я Хе Цзянькуй було здійснено експеримент, який зміг стати джерелом глибоких етичних дебатів. Він повідомив про народження перших у світі дітей із генетично модифікованими ембріонами, які були редагованими за допомогою технології CRISPR-Cas9. Ці зміни мали на меті зробити дівчаток стійкими до ВІЛ-інфекції шляхом редагування гена CCR5 (C-C chemokine receptor type 5). Цей експеримент відкрив нові можливості у сфері медицини, однак викликав жорстку критику через його етичну неприпустимість і ризики для майбутніх поколінь, на що звертають увагу і українські дослідники даної проблеми [7; 8].

Редагування клітин зародкової лінії, як у цьому випадку, відрізняється від роботи зі соматичними клітинами тим, що внесені зміни передаються у спадок. У глобальному науковому співтоваристві цей експеримент був визнаний порушенням етичних стандартів, оскільки він проводився без належної перевірки та супроводжувався підробкою етичних дозволів і відповідно створив прецедент для потенційного зловживання технологіями редагування генів.

Питання корекції та зміни геному піднімає фундаментальні питання про автономію ненародженого плоду, який не в змозі дати згоду на відповідні медичні процедури.

Зокрема в Україні тривають етичні дискусії про те, чи можна змінювати геном людини в немедичних цілях. Це питання обговорювали філософи і біоетики, наприклад, професор Лук'янець В. С. розглядає перспективність людського потенціалу в епоху біотехнологічної революції та наукових досягнень, у своїй статті "Людський потенціал в перспективі Індустріалізації 4.0" [9].

Отже, біоетика і біомедична етика є основними галузями науки, які забезпечують моральну структуру медичних і біологічних наук. Розвиток біоетичних питань необхідний для забезпечення відповідальності в медицині та біології. Редагування геному людини – це етап біотехнологічної революції, який відкриває нові можливості для вирішення проблем, пов'язаних із генетичними захворюваннями. Відповідно, ця технологія порушує важливі етичні питання. Основними проблемами є обмеження її використання, ризик створення генетичного дисбалансу та можливі непередбачені наслідки для еволюції людини. Тобто, майбутнє редагування геному залежить від балансу між науковим прогресом та етичними принципами, що повинно стати пріоритетом для глобального суспільства та національних урядів.

Література:

1. Potter, V. R. (1971), *Bioethics: Bridge to the future*, Englewood Cliffs, N. J. Prentice-Hall, 196 p.
2. Potter, V. R. (1988), *Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy*, Michigan State University Press, East Lansing, Michigan, xvi, 203 p.
3. "Declaration of Helsinki. Medical Research Involving Human Participants". – URL: <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>
4. Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (2001), *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press, New York, 454 p.
5. Doudna, J. A., Sternberg, S. H. (2017), *A Crack in Creation: Gene Editing and the Unthinkable Power to Control Evolution*, Houghton Mifflin Harcourt Publishers, Boston (Massachusetts), xx + 281 p.
6. "Human Genome Editing: Science, Ethics, and Governance" (2017) / The National Academy of Sciences and the National Academy of Medicine, Committee on Human Gene Editing: Scientific, Medical, and Ethical Considerations. – URL: <https://www.nationalacademies.org/ocga/briefings-to-congress/human-genome-editing-science-ethics-and-governance>

7. Болдирев, О. (2019), "Що не так з китайськими близнюками", *3 тур-ботою про жінку*, № 2, С. 4 – 6.
8. Болдирев, О. (2019), "Третя дитина з редагованим геномом народжується. Славимо?" – URL: <https://my.science.ua/tretya-dytyna-z-redagovanyim-genomom-narodzhuyetsya-slavimo/>
9. Лук'янець В. С. (2016), Людський потенціал в перспективі "Індустріалізації 4.0"? – URL: <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/72591>

Колтунова С. О.,

НМУ імені О. О. Богомольця,
sfkoltunova@ukr.net

Науковий керівник:

д. філос. н., проф. Шевченко С. Л.,
професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ ЯК МЕТОДУ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Розвиток допоміжних репродуктивних технологій у кін. ХХ – ХХІ століттях подарував світу та медицині зокрема неймовірні можливості й відкрив нові горизонти для сімей з усього світу, що страждають на безпліддя. Втім, загальновідомо, з передовими відкриттями неодмінно з'являється велика відповідальність та ціла низка біоетичних питань. Зокрема, мова йде про ефективність ЕКЗ при першій спробі, висока смертність ембріонів, можливі хвороби у дитини, що була зачата через ЕКЗ, можливе зловживання передімплантаційною генетичною діагностикою, проблема анонімності донорів біологічного матеріалу. Актуальність розгляду даних питань зумовлюється насамперед необхідністю регулювання використання ДТР та захисту дітей, батьків та донорів гамет, етичністю відбору певних ембріонів для імплантації.

ЕКЗ (екстракорпоральне запліднення) – один з методів допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), медичний спосіб завагітніти, при якому яйцеклітина запліднюється поза організмом, а ембріон, що утворився, поміщається в матку, щоб розвинутися в дитину [1].

Появі ЕКЗ, як методу допоміжної репродуктивної технології, ми зобов'язані британським вченим Річарду Едвардсу (фізіолог, ембріолог) та Патріку Стептоу (гінеколог). 1968 року Р. Едвардс домогся запліднення людської яйцеклітини в лабораторних умовах. У 1970 році Патрік Стептоу розробив метод екстракорпорального запліднення для лікування травм або непрохідності маткових труб у жінок, які були безплідними [2]. Ці важливі відкриття у дослідженні ембріонів дозволили значно більшій кількості жінок завагітніти, не зважаючи на неможливість зробити це природнім шляхом. Після народження Луїзи Джой Браун – першої людини, що з'явилася на світ за допомогою ЕКЗ 25

липня 1978 року, понад 10 мільйонів дітей народилися з допомогою ЕКЗ станом на 2018 рік [3]. Незважаючи на успіх цієї інноваційної технології і можливості допомогти мільйонам жінок та чоловіків, які страждають на безпліддя, допоміжні репродуктивні технології сприяли появі багатьох біоетичних питань та проблем.

Одна з дуже важливих етичних проблем пов'язана з втратою людських ембріонів через доволі низьку ефективність ЕКЗ при першій спробі. Лише 29.5% жінок виносили та народили дітей після першої спроби штучного запліднення, а от після шостої - цей процент підвищився до 65.3%. [4] Для кожного циклу ЕКЗ необхідно створити приблизно 10-12 ембріонів, у перший раз імплантують 2-3 ембріони, а інші лишаються замороженими на зберіганні [5]. За приблизними підрахунками на один ембріон, що зміг прижитися у тілі матері, припадає 7-9 ембріонів, які було втрачено, тобто за весь час існування ЕКЗ було втрачено від 35 до 45 мільйонів людських ембріонів. Частина фахівців у цій сфері вважають неетичною або неоднозначною процедуру ЕКЗ через велику втрату ембріонів та низьку вірогідність їх виживання. Згідно даної позиції при використанні допоміжних репродуктивних технологій для лікування жіночого або чоловічого безпліддя вбиваються мільйони життів. "В історії пізнання феномена життя, – як наголошують сучасні дослідники даної проблеми, – простежуються два основні підходи – редуccionістський та холістичний. Перший виходить з того, що у живому немає нічого принципово відмінного від неживого, тому всі процеси в біологічних системах можна пояснити законами фізики та хімії. Представники другого, холістичного, підходу стверджують, що біологічні системи є особливими, такими, що включають не лише фізико-хімічну складову, за допомогою якої повністю пояснити феномен життя неможливо" [6, с. 191]. "Така теоретична невизначеність, – як слушно доводить С. Д. Місержи, – неминуче призводить до етичних колізій у сфері біомедицини. Позиція щодо межі початку людського життя забороняє, або дозволяє та регламентує застосування тих чи інших медичних маніпуляцій на різних етапах пренатального розвитку людини, наприклад, редуkcію або утилізацію ембріонів, фетальну хірургію, переривання вагітності, науковий експеримент [6, с. 193]

Біоетичні питання щодо використання допоміжних репродуктивних технологій можуть також виникати у людей на підґрунті можливості зловживання передімплантаційною генетичною діагностикою. Передімплантаційна генетична діагностика (ПГД) була розроблена як альтернатива пренатальній діагностиці та можливому перериванню вагітності для пар, які мають ризик передачі серйозних генетичних захворювань своїм дітям [7]. Нещодавно ПГД почали використовувати для ідентифікації генів схильності до раку, таких як BRCA1; і для не смертельних станів, які проявляються при народженні, таких як розщеплення піднебіння. Критики ПГД також стверджують, що використання процедури відбору ембріонів ризикує знецінити життя певних осіб. Вони стверджують, що ПГД може обезцінити людей, які живуть з певними захворюваннями, включаючи тих, хто має мутації, які ще не розвинулись [8]. Проте оскільки передімплантаційна генетична діагностика не має значного впливу на виживання ембріона, я не вважаю, що відбір певних ембріонів є неетичною процедурою, що знецінює долі інших людей [9]. Передімплантаційна генетична діагностика є невід'ємною частиною ЕКЗ, оскільки дозволяє ще

до імплантації ембріона виявити його можливі аномалії та мутації, зменшити можливість народження хворої дитини та таким чином зобов'язує лікарів, які практикують ЕКЗ нести біоетичну та біомедичну відповідальність за здоров'я майбутньої дитини.

Нові біоетичні питання ставить використання ДРТ для народження дитини лише заради того, аби врятувати чи вилікувати старшу хвору дитину подружжя. Зазвичай дітей-рятивників народжують як сумісних донорів для старшого хворого брата чи хворої сестри, що потребує трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин через такі хвороби, як наприклад: бета-таласемія або серповидноклітинна анемія. Існує дві основні етичні проблеми пов'язані з дітьми-донорами: якщо дитина була зачата батьками, лише задля врятування іншої, вони порушують принципи добродітності та незлочинності в медичній етиці, оскільки немає ніякої медичної користі для брата/сестри-рятивника, але в той же час процедура донорства може бути пов'язана з ризиком для здоров'я власне дитини-донора. Друга основна проблема пов'язана з тим, що існують побоювання, що дитину-рятивника цінуватимуть і любитимуть лише умовно, оскільки його/її цінність полягає в тому, що він є засобом для лікування хворого брата чи сестри. Таким чином створення братів- і сестер-рятивників може порушувати друге формулювання категоричного імперативу Іммануїла Канта, який зазначає, що кожна розумна істота має існувати як самоціль і ніколи не використовуватися лише як засіб для досягнення певної мети [10].

Наступне етичне питання стосується анонімності донорства сперматозоїдів чи яйцеклітин для ЕКЗ. Оскільки завжди можна ідентифікувати донора за допомогою ДНК-відбитків пальців або за допомогою генеалогічного пошуку у генетичних базах даних, може порушуватися право на приватність донорів гамет, право на сімейне життя реципієнтів і генетичну приватність. Але ця проблема може бути частково вирішена наданням мінімальної інформації про донора гамет та чітким контролем осіб, компаній тощо, які порушують право на анонімність реципієнтів через генетичне тестування за допомогою уряду, який запроваджує анонімність донорів [11].

Отже, ЕКЗ, як вид ДРТ, безумовно, має право на існування, оскільки його першопочаткова та основна ціль – допомогти сімейним парам та окремим індивідам зачати дитину. Але жодна інноваційна технологія не може існувати без морального та етичного контексту, саме тому вкрай важливо зберігати баланс між прагненням допомогти людям і зберіганням власне прав людини, донора гамет та новонародженої дитини. Тож законодавчим органам будь-якої країни, на нашу думку, необхідно регулювати (попереджати) на нормативно-правовому рівні імовірні біоетичні порушення при ЕКЗ та суміжних процедурах. Стосовно питання загибелі ембріонів, з холістичного погляду це може вважатися вбивством, на відміну від редукціоністського погляду. Таким чином це питання і на даний момент залишається відкритим, оскільки немає чіткого визначення поняття життя та живе. ПГД дозволяє знизити ризик народження хворої дитини та уникнути певних мутацій ще до імплантації ембріона, тому не зважаючи на можливість використання цієї ДРТ у неетичних цілях, процедура ПГД є необхідною та виправданою. Питання використання ПГД для можливості народження ідеального донора для іншої старшої хворої дитини

має розглядатися в залежності від ситуації: якщо пара вирішує народити цю дитину лише як рятівника старшої – це прямо суперечить нормативній етиці та медичній доброчесності та не має допускатися. Проблема анонімності донорів гамет залишається актуальною та доволі важкою у виконанні, через стрімкий розвиток технологій та доступ до великої кількості приватної інформації, а тому має врегульовуватися державою через відповідне законодавство та медичні установи, які надають можливість користування генетичним матеріалом.

Література:

1. "In vitro fertilization", *Cambridge dictionary*. – URL: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/in-vitro-fertilization>
2. Verma, D., Kaur, H., Chaudhary, A., Verma, J. (2022), "History of human in-vitro fertilization (IVF) and assisted reproduction techniques (ART)", *International Journal of Scientific Research in Modern Science and Technology*, Vol. 1, Issue 1, pp.18-27. – URL: <https://ijsmst.com/index.php/ijsmst/article/view/61/89>
3. Zegers-Hochschild, F., Adamson, G.D., Dyer, S., et al. (2025) "How many infants have been born with the help of assisted reproductive technology?", *Fertility and Sterility*. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0015028225000858>
4. Smith, A., Tilling, K., Nelson, S., Lawlor, D. (2015) "Live-birth rate associated with repeat in vitro fertilisation treatment cycles", *JAMA*, 314(24), pp. 2654-2662. – URL: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2478204>
5. Aznar J., Martínez M., Navarro P. (2016), "Valoración de la adopción de embriones humanos congelados desde el punto de vista de la filosofía moral, la ética laica y dos religiones monoteístas", *Scielo*, – URL: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2016000200005&script=sci_arttext
6. Місержи, С. Д. (2024), "Філософські та біоетичні аспекти життя в контексті біомедикоетичного вибору", *Перспективи. Соціально-політичний журнал*, (4), pp. 189–195. – URL: <https://doi.org/10.24195/spj1561-1264.2024.4.25>
7. Braude, P., Flinter, F., (2007), "Use and misuse of preimplantation genetic testing", *BMJ*, Sep. 6: 335(7623), pp. 752–754. – URL: <https://www.bmj.com/content/335/7623/752>
8. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2013), "Use of preimplantation genetic diagnosis for serious adult onset conditions: a committee opinion", *Fertility and Sterility*, 100(3), pp. 603–610. – URL: [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(13\)00342-7/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(13)00342-7/fulltext)
9. Wilton, L., Thornhill, A., et al. (2009), "The causes of misdiagnosis and adverse outcomes in PGD", *Human Reproduction*, Volume 24, Issue 5, May 2009, pp. 1221–1228 – URL: <https://academic.oup.com/humrep/article-abstract/24/5/1221/711233?redirectedFrom=PDF&login=false>

10. Kuek, C. Y., Gurmukh, S., Tay, P. (2021), "Conception of Saviour Siblings: Ethical Perceptions of Selected Stakeholders in Malaysia", *Asian Bioethics Review*, 13, pp. 167–178. – URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8079567/pdf/41649_2021_Article_166.pdf
11. Pennings, G. (2019) "Genetic databases and the future of donor anonymity", *Human Reproduction*, Vol.34, No.5, pp. 786-790. – URL: <https://academic.oup.com/humrep/article/34/5/786/5423872>

Муляр О. Д.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
olenamulyar519@gmail.com

Науковий керівник:
к. політ. н., доц. Місержи С. Д.,
доцент кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ РОЗШИРЕННЯ КРИТЕРІЇВ ЗАСТОСУВАННЯ ЕВТАНАЗІЇ

Розвиток біомедичних наук та технологій зумовив зростання кількості суперечливих питань, пов'язаних із вічними проблемами людства. Одним із ключових серед них є питання невідворотності вмирання та смерті як об'єктивної та незаперечної реальності людського буття. Від самого початку можливість упровадження евтаназії як штучно спричиненої смерті, здійснюваної медичним працівником, стала предметом жвавих дискусій як серед науковців, так і серед пересічних громадян. Одним із ключових заперечень у цій дискусії є так званий "аргумент слизького шляху", згідно з яким легалізація евтаназії може привести до втрати контролю над цією практикою, тобто зловживань, знецінення людського життя або тиску на вразливі групи населення [1]. Також наголошується на тому, що легалізація евтаназії, попри суворі умови застосування, може підірвати ставлення суспільства до таких контраверсійних практик, як, наприклад, примусова евтаназія або убивство з милосердя [2].

Аналіз досвіду правового врегулювання та застосування евтаназії дає підстави розглядати її як медичну процедуру, яка потребує відповідної лікарської кваліфікації, зокрема ліцензування лікаря та медичного закладу. Передбачає також встановлення відповідного медичного й психічного статусу пацієнта. Право на евтаназію визнається виключно за пацієнтами на термінальній стадії захворювання, за умов надання ними добровільної, інформованої згоди у стані дієздатності та компетентності. Ця медична процедура регламентується законодавством як результатом суспільного договору. Із введенням поняття "евтаназія" у широкий суспільний дискурс та поширенням цієї практики почали фіксуватися численні сумнівні випадки її застосування. Спостерігається тенденція до поступового розширення підстав для проведення евтаназії, зокрема поза межами суто медичних показників [3, с. 204, 205]. Наслідком чого

стає деформація суспільного сприйняття ролі лікаря, зокрема, він постає не лише як той, хто лікує, а й як той, хто може «розпоряджатися долею» пацієнта. У таких умовах медична процедура, суворо обмежена законодавством, ризикує втратити чіткі межі. У цьому контексті найбільш проблемними видаються випадки дитячої евтаназії, евтаназії людей із психічними розладами, а також осіб похилого віку.

Дитяча евтаназія. Бельгія стала першою країною в світі, що дозволила використовувати евтаназію для дітей будь-якого віку. З моменту прийняття відповідного закону у 2014 році було чотири випадки застосування евтаназії для неповнолітніх, які страждали на важку м'язову дистрофію Дюшена, гліобластому та муковісцидоз [4]. В основі бельгійського законодавства закладена вимога добровільного надання інформованої згоди дитиною, тобто діти повинні мати здатність "розпізнати" концепцію евтаназії та розуміти наслідки, котрі стоять за нею. Дискусії, щодо правомірності застосування евтаназії точаться навколо питанні здатності неповнолітніх свідомо, розсудливо приймати рішення про свою подальшу долю [5,6]. Бельгійський закон щодо дитячої евтаназії накладає певні вимоги, а саме: дитина повинна мати невиліковну хворобу, страждати від хронічного болю чи бути при смерті [7]. Крім того, згоду повинні надати обоє батьків і троє лікарів. Також дитина повинна пройти обов'язковий огляд у дитячого психіатра, щоб підтвердити, що вона свідомо розуміє наслідки свого рішення, що має бути зафіксованим в письмовій формі [8].

Очевидною є проблема вікових фізичних та когнітивних здібностей дитини-пацієнта для прийняття рішення про власну долю у контексті застосування евтаназії. Тому у Нідерландах в першій редакції закону евтаназія була дозволена для дітей віком від 12 років. Але станом на 2023 були внесені зміни, які розширили віковий критерій – лікарям дозволено активно припиняти життя дітей віком від 1 до 12 років, котрі є невиліковно хворими та нестерпно страждають [9]. У Бельгії та Нідерландах концепція дитячої евтаназії ґрунтується на ідеї полегшення страждань пацієнтів, розглядаючи евтаназію як спосіб припинити нестерпні муки безнадійно хворої людини [10].

З 2017 року колумбійське законодавство легалізувало евтаназію для дітей та підлітків враховуючи такі показники як вік та здатність до розуміння. З 2018 року, зокрема, дозволено евтаназію дітей віком від 7 років, які мають невиліковну хворобу з прогнозом життя менше 6 місяців і страждають від болю, який не може бути полегшений в інший спосіб. Справа має розглядатися комісією у складі лікаря, юриста і психіатра. До 12 років необхідна згода обох батьків, а також дитини. Від 12 до 14 років потрібна згода лише одного з батьків і дитини, а від 14 років достатньо лише згоди дитини. Розширення сфери застосування евтаназії в Колумбії, зокрема для дітей, відбулося через суспільні обговорення долі 13-річного хлопчика з порушенням інтелектуального розвитку та церебральним паралічем, який страждав від сколіозу та неодноразових випадків утрудненого дихання внаслідок значних недоліків у наданні медичною службою необхідного лікування, включаючи постачання кисню, а також ортопедичне лікування та відповідний інвалідний візок. На момент ухвалення судом рішення, щодо застосування евтаназії, він помер після важкого інциденту. У рішенні Суду пропонується, що "замінна згода" на евтаназію дитини, що не

має необхідного когнітивного розвитку, може бути надана “батьками, особами або організаціями, які на законних підставах несуть відповідальність за дитину” [11]. Однак, цікавою є суттєва незгода з таким рішенням, висловленою суддею Крістіною Пардо Шлезінгер, яка заявила: “Насправді життя не є простою операцією серед багатьох, а полягає в самому бутті живої людини. Втрачаючи життя, жива істота втрачає своє власне буття. Отже, з твердження, що існує негідне життя, обов’язково випливає твердження, що людина, яка страждає від певних станів, є негідною. Ідея про те, що життя може бути “негідним” у прямому, а не метафоричному сенсі, неминуче пов’язана з ідеєю неповноцінності правового статусу найбільш вразливих членів суспільства – тезою, яка, вочевидь, суперечить духу Конституції” [11]. Вона зауважила, що йдеться про 13-річного хлопчика, який страждає на важкий церебральний параліч, батьки якого просили про евтаназію через “затримку в наданні послуг і матеріалів, необхідних для лікування хвороб, на які він страждає”. Тобто, прохання про евтаназію ґрунтувалося на ситуації відчаю з боку батьків, які через недбалість служби охорони здоров’я, бачачи страждання свого сина, вирішили, що найкращим виходом є його смерть”. Суддя Шлезінгер дійшла до висновку, що в цьому контексті не можна стверджувати, що рішення про евтаназію було прийнято абсолютно вільно, й тим паче з дотриманням гідності дитини [12].

Евтаназія з мотивів психічних захворювань. Комісія з контролю та оцінки евтаназії Європейського інституту біоетики (Institut Européen de Bioéthique) у своєму аналітичному звіті зазначає, що “91 особа, яка страждала на психічні та поведінкові розлади, була евтаназована протягом періоду 2020-2021 років, що є збільшенням порівняно з попереднім періодом. Серед них 49 осіб було евтаназовано через когнітивні розлади (деменцію). Зауважте, що ця цифра вдвічі більша, ніж за 2016-2017 роки” [13].

Аналіз подальших звітів демонструє поступове розширення практики застосування евтаназії, зокрема із поліпатологією та психіатричними розладами, а також про дедалі ширше тлумачення понять невиліковності та страждань, як такі, що не піддаються полегшенню. У одному зі звітів Комісія зазначає, що “невдалі спроби самогубства дають змогу зацікавленим особам усвідомити, що існує більш гідний спосіб покінути життя самогубством”. За словами експертки Аріан Базан: “Ми стикаємося зі справжньою епідемією психічних розладів. Навіть якщо психіатричні захворювання надзвичайно важко переносити, їх невиліковність не можна вважати такою ж, як і в нейродегенеративних чи ракових захворюваннях”. За її словами, середній профіль пацієнтів, які звертаються з проханням про евтаназію з психіатричних причин, – це переважно жінки (приблизно дві третини випадків), які мають складну життєву історію, досвід жорстокого поводження або насильства, часто страждають на межовий розлад особистості, практикують самоушкодження, мають історію спроб самогубства, а також розлади харчової поведінки [13]. Ці спостереження настановлюють на припущення, що для запобігання подальшому розширенню критеріїв застосування евтаназії у людей із психіатричними захворюваннями, зокрема як альтернативи самогубству, медична спільнота та система охорони здоров’я мають зосередити більше уваги на підтримці ментального здоров’я населення. Важливо не допустити деформації суспільного сприйняття евтаназії

як засобу, що може легітимізувати або підмінити собою самогубство. Як свідчить попередній аналіз, ставлення до евтаназії та самогубства змінювалося з часом. Зокрема, зросла обізнаність щодо евтаназії та її сприйняття як можливого варіанту для осіб, які перебувають на термінальних стадіях невиліковних захворювань. Водночас рівень схвалення евтаназії є вищим порівняно із самогубством, імовірно тому, що асистована лікарем смерть розглядається як більш контрольований і безпечний процес [14].

Резонансним і доволі відомим прикладом застосування евтаназії з причини психічного захворювання став випадок 29-річної Аурелії Брауверс. Хоча фізично вона не була абсолютно здоровою, її добровільне бажання припинити життя було пов'язане з тривалою історією психічних розладів. Впродовж восьми років Аурелія домагалася через суд дозволу на евтаназію, провела майже три роки в психіатричній лікарні та два з половиною роки у в'язниці. Вона страждала на хронічну депресію, межовий розлад особистості, тривожні розлади та психози [15]. Цей випадок викликав значні етичні та юридичні дискусії щодо меж допустимості евтаназії в контексті психіатричних захворювань, а також питань компетентності пацієнта та здатності оцінити власний стан. Так, доктор Пітер Сондерс, директор британського альянсу "Турбота, а не смерть" відреагував на смерть дівчини так: "Цей трагічний випадок показує нам, що законодавці неспроможні дозволити евтаназію, не розширюючи коло категорій осіб, що нібито мають на неї право. Ми бачили, що спочатку в Голландії почали вбивати дорослих дієздатних, що знаходяться у термінальній стадії хвороби. Потім настала черга дітей, людей похилого віку з деменцією і психічно хворих. Щойно ми погодимося, що в деяких умовах можна забирати життя людей, життя яких нібито не потребує продовження, розширення списку таких умов – неминучі. Процес вийде з-під контролю. Єдиний варіант, який можливий у даній ситуації, – повна заборона будь-яких форм евтаназії" [16].

Евтаназія та старість. Проаналізувавши звіт та статистику щодо застосування евтаназії в Бельгії на період з 2016 по 2017 рік, можемо визначити, що найбільше зареєстрованих випадків зафіксовано у вікових групах людей похилого та старечого віку, а саме: 21,2 % – особи віком 60-69 років, 26,2 % – віком 70-79 років та 28,5% – особи віком 80-89 років [17]. Ця статистика демонструє закономірність: у зв'язку з природними фізіологічними змінами організму та невиліковними захворюваннями, які виникають у період старіння, випадки "прискорення смерті" є значно частішими саме в цій віковій групі. До того ж, такі захворювання нерідко зумовлюють втрату функціональної самостійності або ведуть до паліативного стану. У контексті цієї проблеми поняття "штучного старіння" привертає все більше уваги та обговорення. Так, Н. Таліб у своїй книзі "Антикрихітське. Про (не)вразливе у реальному житті" пише: "На процес старіння сильно впливає хибне розуміння ефекту комфорту – хвороби нашої цивілізації: ми продовжуємо тривалість життя, а люди в результаті хворіють все більше" [17]. Предметом дедалі ширших філософських та біоетичних дискусій стає питання про те, чи є старість хворобою, а старіння – процесом вмирання, а також чи можна вважати виправданим застосування евтаназії до літніх людей, які не перебувають на термінальній стадії хвороби [3]. Так, відомий ботанік та еколог Девід Гуддол, який у 105 років не був смертельно хворим, пішов з

життя завдяки евтаназії. Його стан в останні роки настільки погіршився, що він вже не мав змоги працювати в університеті, виступати в театрі чи займатися повсякденними справами. Д. Гуддол вважав, що прожив чудове життя, проте не бачив сенсу в подальшому “існуванні” й пояснював своє рішення низькою якістю життя через вік: “Я вважаю, що така літня людина, як я, повинна мати повні громадянські права, включно з правом на асистенцію в самогубстві”. Він обрав піти з життя під звучання “Оди до радості” Людвіга ван Бетховена [18].

Таким чином, проблематика евтаназії, особливо в контексті розширення критеріїв її застосування, потребує глибокого біоетичного аналізу та чіткого визначення меж її допустимості в сучасній медицині. Найбільш суперечливими та загрозливими з позиції біоетики є випадки, коли згода на евтаназію дається під впливом психологічного або соціального тиску, найчастіше в дитячому віці, при психіатричних розладах або через захворювання, пов'язані зі старінням. Практика показує, що у ситуаціях, коли згода на евтаназію дається за особливих обставин, що обмежують свободу волевиявлення, навіть слабка і сумнівна згода, хоч це й парадоксально, може визнаватися достатньою для прийняття найбільш екстремального та незворотного рішення. Легалізація евтаназії, невпинне розширення критеріїв її застосування та визнання як норми медичної практики можуть призвести до зміщення моральних орієнтирів і переосмислення традиційної ролі лікаря в суспільстві. Як наслідок, медична процедура може трансформуватися з акту порятунку окремої людини від страждань у засіб контролю над завершенням життя будь-якої людини, втрачаючи при цьому свою справжню медичну сутність.

Література:

1. Callahan, D., 1992. When self-determination runs amok. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1587727/>
2. Hannikainen, I.R., Suárez, J., Espericueta, L., Menéndez-Ferreras, M., Rodríguez-Arias, D., Legal provisions on medical aid in dying encode moral intuition. – URL: <https://doi.org/10.1073/pnas.2406823121>
3. Місержи С.Д. Філософські та біоетичні аспекти смерті та вмирання. //Культурологічний альманах. – 2024. – Вип. 2. – С.199–207.
4. The legal relevance of a minor patient's wish to die: a temporality-related exploration of end-of-life decisions in pediatric care. – URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40656-022-00554-3>
5. Breeuwsma, G., van Geert, P., Developmental psychology and decision-making by minor patients. – URL: https://scholar.google.com/scholar_lookup?&title=Developmental%20psychology%20and%20decision-making%20by%20minor%20patients&publication_year=2019&author=Breeuwsma%20G&author=Geert%20P
6. O'Neill: Child Euthanasia in Belgium // <https://oneill.law.georgetown.edu/child-euthanasia-in-belgium/>
7. Raus K., The Extension of Belgium's Euthanasia Law to Include Competent Minors. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26842904/>

8. CBN News: Belgium Child Euthanasia “Opens Door None Can Shut”. – URL: <https://www.youtube.com/watch?v=aJgNkwBQGZM>
9. The Conversation: Dutch government to expand euthanasia law to include children aged one to 12 – an ethicist’s view. – URL: <https://theconversation.com/dutch-government-to-expand-euthanasia-law-to-include-children-aged-one-to-12-an-ethicists-view-203961>
10. Campbell, S., Cernat, A., Denburg, A., Moola, F., Petch, J., Gibson, J., 2024. Exploring assisted dying policies for mature minors: A cross jurisdiction comparison of the Netherlands, Belgium & Canada. – URL: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105172>
11. CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. – URL: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-544-17>
12. Australian Care Alliance: Colombia (2015). – URL: <https://www.australiancarealliance.org.au/colombia>
13. Belgium: 2 New Cases of Euthanasia for Psychiatric Disorders are Causing Controversy. – URL: <https://www.alliancevita.org/en/2023/03/belgium-2-new-cases-of-euthanasia-for-psychiatric-disorders-are-causing-controversy/>
14. Brandon K. Attel. Changing Attitudes Toward Euthanasia and Suicide for Terminally Ill Persons, 1977 to 2016. – URL: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0030222817729612?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
15. BBC: The troubled 29-year-old helped to die by Dutch doctors. – URL: <https://www.bbc.com/news/stories-45117163>
16. УНІАН: У Голландії піддали евтаназії фізично здорову дівчину з психічними відхиленнями. – URL: <https://web.archive.org/web/20180524082617/https://religions.unian.ua/religionsworld/2379340-u-gollandiji-piddali-evtanaziji-fizichno-zdorovu-divchinu-z-psihichnimi-vidhilennyami.html>
17. Commission fédérale de Contrôle et d’Évaluation de l’Euthanasie: Huitième rapport aux Chambres législatives années 2016 – 2017. – URL: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/8_rapport-euthanasie_2016-2017-fr.pdf
18. Joseph Y., Magra I. David Goodall, 104, Scientist Who Fought to Die on His Terms, Ends His Life. – URL: <https://www.nytimes.com/2018/05/10/world/europe/david-goodall-australia-scientist-dead.html>

Придюк Н. І.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
nazarpriduk@ukr.net

Науковий керівник:
к. філос. н., доц. Лапутько А. В.,
ст. викладач кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ ТА МОДЕЛЮВАННЯ ЇЇ В ІНШИХ, ЯК ПРОБЛЕМАТИКА УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА

Вступ. *Актуальність теми:* Формування особистої доброчесності є важливим аспектом розвитку індивідуума. Вона має вплив на соціальну взаємодію та загальний стан суспільства. У світі, де етичні цінності піддаються сумніву, питання доброчесності стає особливо актуальним. Доброчесність – це не лише поведінка особи, але й формування її репутації, вплив на стосунки з оточенням і зрештою стає прикладом для інших.

Мета дослідження: Метою даного дослідження є вивчення процесу формування особистої доброчесності та механізмів її моделювання в інших. Це: аналіз факторів, що сприяють розвитку доброчесності; вивчення способів, якими особисті якості можуть бути передані через приклад і навчання. Важливо зрозуміти, як формування доброчесності може вплинути на суспільство, яке заохочує чесність, відповідальність та співчуття.

Значення дослідження: Дослідження має на меті не тільки аналіз теоретичного викладу, але й практичні рекомендації щодо впровадження принципів доброчесності в освітній процес та у повсякденне життя. Розуміння механізмів формування та моделювання доброчесності може стати основою для створення дійових актів, що позитивно сприятимуть розвитку етичних цінностей у молоді та дорослих. Таким чином, дослідження цієї теми є важливим кроком до побудови більш морального та етичного суспільства.

Теоретичний огляд. Згідно з тлумаченням із “Словника української мови”: ДОБРОЧЕСНИЙ, а, е. Який живе чесно, дотримується всіх правил моралі [...] // Який є проявом чесності, моральності. [...] А ДОБРОЧЕСНІСТЬ, ності, ж. Властивість за значенням доброчесний [1].

Доброчесність також можна визначати як сукупність моральних якостей, що впливають на формування етичної поведінки особистості. Це включає чесність, відповідальність, справедливість, повагу до інших та готовність допомагати. Згідно з історичним контекстом, доброчесність була однією з найголовніших тем античності. Від Платона до сучасників, філософи розвивали цю тему в залежності до соціального становища та етичних норм у їхньому соціумі та часі. На соціальному контексті, то доброчесність є вирішальною у формуванні зв'язків та довіри між людьми. У суспільствах, де цінуються доброчесні якості, спостерігається менше конфліктів і більше співпраці. А от в освіті та науці – характеризується як певна властивість, що переводить з можливого в дійсне справедливість у взаєминах “студент-викладач-вчений”,

повагу до власної особистості та гідності колег. Це є здатність до розвитку й збереження репутації [2, 3].

Загальними факторами формування доброчесності вважаємо – виховання, освіту та культурне середовище. Сімейні цінності відіграють важливу роль у формуванні моральних цінностей дітей. Батьки – перший приклад для наслідування. Для батьків важливо моделювати етичну поведінку та обговорювати етичні проблеми зі своїми дітьми. Школа є другим за важливістю середовищем для доброчесного навчання. Інтеграція етики в навчальну програму допомагає учням зрозуміти важливість етичних цінностей і способи їх застосування в реальному житті. Вчителі повинні бути готові обговорювати етичні питання та заохочувати критичне мислення. Культура також впливає на розвиток чесності. Традиції та соціальні норми можуть як сприяти, так і перешкоджати розвитку етичних принципів. Наприклад, у деяких культурах колективізм сприяє співчуттю та взаємній підтримці [4].

Особистий досвід: Життєві обставини та особистий досвід формують сприйняття правильного та неправильного. Подолання викликів або спостереження за прикладами етичної поведінки може зміцнити особисті етичні принципи. Подання прикладу чесності щодо інших є важливим аспектом соціальної взаємодії, який можна досягти різними способами. Ті, хто моделює етичну поведінку, можуть надихнути інших наслідувати їх приклад. Важливо, щоб ці люди активно пропагували власні етичні принципи своїми щоденними діями. Навчання з етики допомагає людям зрозуміти значення доброчесності та навчитися її застосовувати. Ці програми можуть включати рольові ігри, обговорення етичних дилем та аналіз реальних життєвих ситуацій. Організації можуть розробити етичні кодекси, щоб встановити очікування щодо поведінки членів. Ці правила складають основу культури нашої компанії та сприяють доброчесності серед наших працівників. Громадські кампанії можуть підвищити обізнаність про важливість чесності в суспільстві. Коли ЗМІ повідомляють про позитивні випадки, це мотивує людей поводитися морально [5].

Методологія. *Методи дослідження:* опитування та анкетування, шкальне оцінювання (0-10 балів), метод індукції, узагальнення, порівняння.

Емпірична база: Опитування та аналіз результатів проводились на вибірковій сукупності числовою кількістю $N=101$ (з розрахунку на формулу [6, с. 60] ($n = N/(1+N \times p^2)$), де n – кількість осіб у вибірковій сукупності; N – кількість осіб у генеральній сукупності; p – імовірність похибки (≈ 0.1), беручи до уваги загальне населення (25'000'000) та частку молоді ($\approx 18\%$), для молодих осіб у генеральній сукупності кількістю в 4'500'000 ос. необхідно 100 осіб з вибіркової сукупності) учасників серед громадян, що перебувають на території України, віком від 14 до 35 років.

Принцип методу: було створено опитувальник, що містив питання індивідуального та узагальнюючого характеру, якісного характеру (що зрештою перетворено в кількісні) та шкали на визначення тематичних питань що розділені на одну одиницю від 0 до 10. В подальшому було проведено анкетування на вибірковій сукупності та узагальнено результати. Остаточним було проведено аналіз та опис результатів даного дослідження.

Тези. В опитуванні взяли участь 101 особа віком від 16 до 35 років.

Переважна більшість (87.1%) знаходяться у групі віком 16-20 років. Близько три чверті (75.2%) від осіб, що пройшли опитування, стали жінки, решта – чоловіки (22.8%) та ті, що вказали інше (2%). Найбільша кількість респондентів були з Івано-Франківської області (30.7%), м. Києва (22.8%) та Львівської і Київської областей (по 6.9% кожна). Переважна більшість опитаних – з міст (84.2%) та мають повністю здобуту Повну загальну середню освіту (ПЗСО) (52.5%) чи Базову загальну середню освіту (БЗСО) (20.8%). Близько половини (40.6%) респондентів здобувають вищу освіту в галузі Охорони здоров'я, а деякі (16.8%) її не здобувають чи не здобували.

1. У вибірковій сукупності особи оцінюють особисту доброчесність на 7-8 балів (20.8% та 28.7% відповідно). Це вказує на те, що індивіди здебільшого стараються не порушувати правила особистої доброчесності. Також, 26.7% респондентів однозначно вважають, що їхня доброчесність цілком впливає на власне оточення, а 37.6% відповіли, що радше так, аніж ні, вказуючи на обізнану свідомість у впливі власних дій. Однак 30.7% та 42.6% опитаних вказали, що гадають, що їхній особистий приклад "однозначно" або "радше так, ніж ні", відповідно, може вплинути на формування доброчесності в інших.

2. На запит про те, чи стикались респонденти з проявами порушення принципів антикорупції та доброчесності, відповідали так: 44.6% – однозначно так; 28.7% – радше так, аніж ні; 11.9% – радше ні, аніж так; 9.9% – однозначно ні; 5% – не можу відповісти. Вказані дані свідчать про те, що люди вважають, що дані принципи часто порушуються.

3. Близько 70% учасників опитування вказують на те, що за їхньою думкою корупція є доволі поширеною в Україні (8-10; 8 – 25.7%, 9 – 20.8%, 10 – 21.8%). Також 30.7% респондентів відповіли, що однозначно стикались з проявами корупції, а 34.7% – радше так, аніж ні. Ті, що надали такі відповіді, указали, що більшість з них стикались з такими формами корупції, як хабарництво (77.2%), непотизм (73.4%) та побутова корупція (50.6%).

4. Щодо недоброчесності картина є менш різкою. Думки дуже різняться, але найбільше відповідалів (20.8%) вказали, що вона є дуже поширеною (9 балів з 10 можливих). На питання про те, чи стикались з проявом порушення принципів академічної доброчесності відповіли таким чином: 47.5% – однозначно так; 29.7% – радше так, аніж ні; 11.9% – радше ні, аніж так; 4% – однозначно ні; 6.9% – не можу відповісти. Особи, що казали "так" чи "радше так" вказують, що найбільше стикались зі списуванням (90%), необ'єктивним оцінюванням (74.4%) та плагіат (у всіх можливих видах) (65.6%).

5. Молодь вважає, що корупція та недоброчесність виникає з таких чотирьох основних позицій з семи запропонованих (з урахуванням "Інше"): "Власна вигода" (82.2%), "Неефективність верховенства права та безкарність" (64.4%), "Колективна дія" та "Недостатня обізнаність громадян" (по 35.6%).

6. На погляд респондентів найголовніше для запобігання актів порушення академічної доброчесності та корупції треба впроваджувати у дію таких три пункти з 7 запропонованих (з урахуванням "Інше"): "Необхідність посилення відповідальності за порушення" (66.3%), "Покращення економічного становища громадян, що не належать до осіб у державних секторах влади" (57.5%) та "Зробити чіткішими кордони злочинів у законодавчих актах" (48.5%).

7. Щодо загроз, то сучасна молодь вбачає, що при порушенні академічної доброчесності та корупції найбільшими загрозами у житті можуть становити такі три найголовніші з семи запропонованих (з урахуванням “Інше”) речі, як “Негативний вплив на освіту” (65.3%), “Недовіра до владних структур” (58.4%) та “Підрив довіри до верховенства права” (50.5%)

Результати дослідження. Згідно даного дослідження ми можемо вивести наступні підсумки. На сьогодні молодь дуже часто стикається з корупцією та порушенням актів доброчесності. При цьому, більшість вважають, що є доброчесні та не порушують антикорупційні принципи. Бачимо, що вони чітко усвідомлюють вплив своїх дій на інших та переконані, що їхній приклад може змодельовувати поведінку інших. Чіткий індикатор того, що молодь є теоретично обізнаною у сфері антикорупції та доброчесності.

1. Хоч теоретична модель і є в хорошому стані, та практична – не має сильної та твердої позитивної тенденції. Респонденти й надалі відчують прояви корупції та недоброчесності. Молоде населення гадає, що корупція та недоброчесність є дуже поширеними та болючими проблемами України. При чому, з корупцією всі погоджуються, що вона є доволі поширена, а от із недоброчесністю – думки сильно різняться. Це пов'язане з тим, що з корупцією люди є більш обізнані, ніж з принципами доброчесності.

2. Особи, що пройшли опитування, знають, що необхідно робити задля боротьби з корупцією. Чітко розуміють, що саме законодавчий рівень може урегулювати всі розмиті кордони правопорушень. Вбачають цілковиту загрозу освіті, довірі до владних структур та підрив довіри до верховенства права, як основну ціль при порушеннях.

Література:

1. Словник української мови: в 11 тт. / АН УРСР. Інститут мовознавства; за ред. І. К. Білодіда. – К.: Наукова думка, 1970-1980. – Т. 2. – С. 326.
2. Khamitov N. Academic integrity as a challenge, demand and will: contexts of philosophical anthropology, ethics and philosophy of education // *Filosofiya osvity. Philosophy of Education*. – 2024. – Vol. 29, no. 2. – P. 27–47. – URL: <https://doi.org/10.31874/2309-1606-2023-29-2-2> (date of access: 13.01.2025). – Title from screen.
3. Основи академічного письма: конспект лекцій для студентів усіх спеціальностей [Електронний ресурс]. – URL: <https://repository.knuba.edu.ua/server/api/core/bitstreams/5151794d-aaca-43c4-956e-c3b329ff605c/content> (дата звернення: 10.02.2025)
4. Доброчесність та етика в публічній сфері. – URL: https://www.unodc.org/documents/e4j/IntegrityEthics/E4J_Integrity_and_Ethics_Module_13_final_UKR.pdf (дата звернення: 10.02.2025)
5. Фреймове моделювання концепту доброчесність. – URL: <http://dspace.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/184234/02-Chernenko.pdf?sequence=1> (дата звернення: 10.02.2025)
6. Біостатистика: підручник [Грузева Т. С., Лехан В. М., Огнев В. А. та ін.]; за заг. ред. Грузевої Т. С. – Вінниця: Нова Книга, 2020. – 384 с.

Сокол П. В.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
pavlo12sokol@gmail.com

Науковий керівник:
д. філос. н., проф. Шевченко С. Л.,
професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ПОСМЕРТНЕ ДОНОРСТВО: БІОЕТИЧНІ ТА РЕЛІГІЙНІ АСПЕКТИ

Значний та раптовий розвиток біотехнологій в світі за останні декілька десятиків років зумовлює необхідність наукових досліджень не лише в сфері медицини, а й розгляду такої проблематики у філософській, етичній та соціальній площині. З одного боку, біотехнологічні досягнення дозволяють покращити стан здоров'я людини та врятувати і продовжити її життя, а з іншого, все більш актуальним постає питання щодо меж втручання в людський організм, в тому числі з естетичних міркувань, наприклад, пересадка обличчя з метою зміни зовнішності.

Трансплантація клітин, тканин чи органів не є новою ідеєю в сфері медицини, технічно це вже давно впроваджується в життя. Так, вперше вдало було проведено операцію з пересадки органів ще у 1954 році у місті Бостон, де хлопчик отримав донорський орган – нирку від свого брата близнюка. В Україні у 2000-х роках також розпочали процес трансплантації органів, але лише від живих осіб з кола родини. Можливість посмертного донорства виникла з моменту прийняття Закону України “Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людини” від 2018 року [1]. Проте, не зважаючи на швидкість впровадження такого біотехнологічного процесу, доволі часто виникає питання про цілісність організму задля можливості воскресіння тіла в майбутньому. Наголошується на актуальності даного питання, насамперед, в релігійному середовищі.

Питання єдності душі та тіла ще із стародавніх часів викликало низку суперечностей. Так, у Стародавній Греції існувало поняття про дуалістичність людини, тобто відокремленість душі від тіла. Після смерті, вважали греки, душа повинна визволитися від тіла та переходити у інші світи, тобто вони не припускали можливості воскресіння тіла людини. Подібна ідея була широко поширена серед язичників, особливо еллінів, які стверджували, що момент смерті назавжди розділяє душу та тіло.

З початку поширення християнства виникає “вчення про воскресіння тіл і про життя у вічності після воскресіння цілої людини – з душею й тілом” [2]. У 17 розділі Діяння апостолів викладено слова святого Павла у промові в Ареопазі, що настане день, коли Бог буде судити світ по справедливості через Чоловіка, якого Він призначив та воскресив із мертвих.

“Про те, яке конкретно буде воскресле тіло і як воно, померле й поховане, знову збереться в певну єдність, – слушно наголошує Балог П., – замислювалися численні Отці Церкви, і відповіді їхні були різні. У цьому

випадку досить доречною є думка Петра Балога, що “ми не спроможні до кінця уявити, які саме будуть наші тіла після воскресіння, можемо лише загальними термінами описати їх. Це перевищує наше теперішнє розуміння, а отже, становить предмет віри. Тому наприкінці Символу віри і сказано: “Очікуємо воскресіння мертвих і життя майбутнього віку”” [2, с. 6].

Релігійний аспект посмертного донорства проявляється у розкритті морального питання, а саме – ставлення церкви до трансплантації органів та необхідності цілісності тіла для його воскресіння.

Ще з часів існування конфуціанства питання можливого донорства було актуальним. В основі такого вчення була ідея, що “тіло людини вважається недоторканим, оскільки воно належить всій лінії – і пращурам, і нащадкам. Це створює перепони навіть для реципієнтів. В Китаї, де конфуціанство є найбільш поширеним, в деяких містах існують центри трансплантації, але там, використовуються органи, які отримуються у злочинців, засуджених до смерті. Згоду родичів в схожих випадках вдається отримати тільки тому, що вони вважають забір органів, ніби справедливою компенсацією за зло, яке їх родич (злочинець), причинив суспільству” [3, с. 419].

Сучасні релігії мають схожу позицію у аналізованому питанні та здебільшого позитивно налаштовані до донорства заради спасіння життя людини. Проте, кожна з них має свої умови та правила.

Так, у мусульманських країнах, у яких поширений іслам “трансплантація дозволена, якщо вона здійснюється в межах, визначених шариатом і відповідає наступним правилам: донор повинен бути в здоровому глузді, дорослим – не молодше 21 року; він повинен бути донором за своїм бажанням, а не за примусом. Орган, який при цьому вилучається у людини, не повинен бути таким, від якого залежить її здоров'я або життя. Що стосується померлого донора, то, по-перше, за життя необхідно отримати від нього дозвіл. Якщо ж згоду потенційного донора не було отримано, то як виняток для порятунку життя іншої людини можуть дати згоду його найближчі родичі, які уповноважені приймати таке рішення від його імені. Але це стосується тієї ситуації, коли питання вилучення органу актуальне в конкретний момент: є людина, якій для порятунку життя необхідна термінова пересадка. Трансплантація статевих органів у ісламі заборонена” [4].

Буддизм не підтримує необхідності трансплантації органів від померлого донора, згідно даного вчення реципієнт може отримати орган лише від живої людини, та за умови, що дана особа не отримає жодної винагороди [5]. Тобто, основою є виважене рішення особи, без жодного комерційного аспекту.

Християнські конфесії сприймають добровільне донорство як прояв найбільшої любові та наявність найвищих моральних і духовних якостей, а також одноголосно схилиються до думки, що людина яка віддає свої анатомічні матеріали не матиме жодних перешкод для воскресіння її тіла після приходу Сина Божого. Підтвердженням цього є слова з Євангелії від Іоанна 15:13 “Немає більшої любові, коли людина своє життя покладе за друга”.

Українська греко-католицька церква тлумачить можливість пересадки органів як самопожертву, розглядаючи можливість лише дарування органів, тобто продаж чи торгівля анатомічним матеріалом є абсолютно

неприпустимою. Щодо трансплантації від померлого донора Святослав Шевчук зазначає, що “людський організм – єдине ціле і якщо помирає людина, то передусім помирає її мозок. Тому важливо законодавчо закріпити правила, що будуть регулювати алгоритм забору органів у померлих донорів. До того ж, глава церкви наголосив, що абсолютно неприпустимим є пересадка органів, які належать до репродуктивної сфери особи чи є залозами внутрішньої секреції, тобто залози, які виділяють гормони. Бо така пересадка спричиняє зміну особистості пацієнта” [6].

Римо-Католицька церква говорить про донорство у офіційних документах. Зокрема Балог П. зазначає: “II Ватиканський Собор підтримує цю ідею, головне, щоб не було зловживань, а отже повага до життя іншої людини, при чому ця пошана повинна бути по відношенню до людини від її зачаття до природної смерті. Ще перед II Ватиканським Собором Папа Пій XII говорив, що людина має право розпорядитися своїм тілом для “шляхетних цілей”, в тому ж, щоб допомогти хворим і страждаючим. Папа Йоган Павло II називав донорство органів проявом “культури життя”, “найвищим виразом любові ближнього”, і порівнював донорів до Христа, який життя своє пожертвував за людей, а відновлення органів у хворого метафорично порівнював до Воскресіння Христа” [7].

Ставлення Православної церкви є ідентичним викладеному вище. Проте, суворо засуджується трансплантація, яка може становити небезпеку для ідентичності реципієнта, порушуючи його унікальність як особи та представника роду. Також варто зауважити, що не існує відмінностей між прижиттєвим та посмертним донорством, усі умови для цього є однаковими.

Що стосується біоетичного аспекту обраної тематики, то в даному випадку, мається на увазі низка медичних, правових та етичних передумов, які є необхідними для реалізації посмертного донорства.

По-перше, “донором може стати повнолітня особа, яка за життя дала письмову згоду стати донором після смерті. Якщо людина не залишила згоди, її органи можуть врятувати декілька життів за рішенням родичів, а в разі їх відсутності – за рішенням особи, яка взяла на себе зобов’язання поховати померлого. Якщо донором після смерті є дитина, то згоду мають надати батьки, або офіційні опікуни”.

По-друге, вилученню підлягають “лише ті органи, які було дозволено вилучати або померлою особою за життя, або родичами, що прямо відображено у відповідній заяві”.

По-третє, “якщо особа ні за яких обставин не бажає допомогти врятувати чийсь життя після своєї смерті, вона може зробити заяву про незгоду бути донором після смерті”.

По-четверте, “посмертна жертва органу (органів) може відбутись лише після констатації смерті мозку, тобто повного та незворотного припинення всіх функцій головного мозку (у тому числі стовбура головного мозку), які реєструються при працюючому серці, та примусовій вентиляції легень. Після встановлення констатації такої смерті – повернутися до життя неможливо” [8].

Отже, за умови дотримання усіх біоетичних аспектів посмертного донорства, моральна значимість вчинку людини, яка за життя дає згоду

на пересадку анатомічних матеріалів повинна оцінюватися з точки зору сутності самого вчинку, свідомості та добровільності. Тобто, наявність високоморального наміру порятунку життя інших людей є проявом також і гідних релігійних чеснот. Натомість, якщо буде переважати бажання отримання оплати за такий вчинок чи дія заради похвали, потіхи самолюбства, це все знецінить намір людини. Жодного примусу чи схиляння особи до вказаних дій також бути не може, кожна людина повинна бути автором такого вчинку. Водночас держава на інституційному рівні має організовувати просвітницьку та інформаційну діяльність у даній сфері аби уникнути забобонів та упередженого ставлення до таких практик серед її громадян, дбаючи про прогрес в сфері трансплантації та формуючи культуру донорства в Україні.

Література:

1. Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині: Закон України від 17.05.2018 р. № 2427-VIII. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2427-19#Text>
2. Балог, П. (2019), “Душа і тіло для вічного життя”, *Verbum*, № 51, с. 1-6. – URL: <https://www.verbum.com.ua/vpdfg-pdf-generator/?postId=2996>
3. Пішта В. І. (2018), “Трансплантація органів та інших анатомічних матеріалів людині: релігійно-етичний аспект”, *Закарпатські правові читання. Матеріали X Міжнародної науково-практичної конференції*, С. 417-422.
4. Ісламігов, С. (2015), “Порятунок життя в ісламі – це одна із найбільших цінностей”. – URL: <https://islam.in.ua/ua/analiz/ismagilov-poryatunok-zhittya-v-islami-ce-odna-z-naybilshih-cinnostey>
5. Стрикалюк, Б. (2018), “Біоетика в буддизмі”. – URL: <https://tureligious.com.ua/bioetyka-v-buddyzmi>
6. “Глава УГКЦ назвав допустимі морально-етичні види трансплантації” (2017), *Інформаційний ресурс Української Греко-Католицької Церкви*. – URL: https://archives.ugcc.ua/video/glava_ugks_nazvav_dopustim%D1%96_moralnoetichn%D1%96_vidi_transplantats%D1%96i_81097.html
7. Балог, П. (2017), “Трансплантація органів з точки зору церкви”. – URL: https://risu.ua/transplantaciya-organiv-z-tochki-zoru-cerkvi_n107842
8. Тарасюк І. О. Цивільні правовідносини у сфері трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин людини за законодавством України / Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 081 “Право”. – Національний юридичний університет імені Ярослава Мудрого, Харків, 2024. – 205 с.

Тимошенко О. Р.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
oleksatymoshenko1@gmail.com

Науковий керівник:

д. філос. н., проф. Шевченко С. Л.,
професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ДИЛЕМА ЛЕГАЛІЗАЦІЇ ЕВТАНАЗІЇ В ІСТОРИЧНОМУ ТА СУЧАСНОМУ КОНТЕКСТІ

Стрімкий розвиток медицини, нейрохірургії, досліджень в галузі генної інженерії та технологій в епоху науково-технічних інновацій посприяв порушенню питання про евтаназію. Застосування терміна “доброї смерті” змінило уявлення про межі між життям і смертю, більше того поставило під сумнів традиційні цінності, таким чином змусивши переоцінити духовні цінності, етичні пріоритети й життя людини по-новому.

Термін “евтаназія” (дослівний переклад “добра смерть”) вперше був запропонований і вжитий англійським філософом Френсісом Беконом у XVII ст. у праці “Про гідність та примноження наук”, де лікар, на його думку, крім обов’язку про відновлення здоров’я хворого, ще повинен полегшити страждання, які викликає захворювання. Вчиняти такі дії не лише у випадку якщо полегшення такого болю в майбутньому призведе до повного одужання, але і тоді, коли ніяких шансів на порятунок немає і єдиний вихід – це полегшення фізичних і моральних страждань, при цьому автор вважав “евтаназію” щастям для безнадійних пацієнтів [1, с. 255].

Евтаназію тлумачилась Беконом не як позбавлення життя людини, а як надання знебоління, тобто полегшення страждань [2, с. 164]. Розглядаючи історичні аспекти можна виокремити випадки, коли вже недієздатних людей похилого віку, хворих новонароджених залишали напризволяще або скидали зі скелі, щоб зменшити тягар турботи про них для родичів.

В кінці XIX століття поняття “евтаназії” почали виокремлювати як окрему тему для досліджень. Існує 3 етапи становлення евтаназії в правових принципах теорії держави, які визначаються своїми характеристиками в залежності від суспільного ставлення і традицій. Стародавній світ – Середні віки – Новий час. Кожен етап включає в себе політичні і суспільні ідеї своєї епохи.

На першому етапі, у Стародавньому світі, коли жили й творили Сократ, Арістотель, Платон та інші науковці, питання евтаназії було неможливим, оскільки була поширена думка, що життя людини належить суспільству, самоцінність і розпорядження власним життям були неможливими.

Другий етап – у Середні віки категорично заперечувалася можливість самовільної смерті на фоні християнсько-релігійно світобачення. Мислителі й богослужителі негативно ставилися до людей, які з власної волі хотіли завершити своє життя, оскільки в той час підкреслювалася гідність і цінність людини як “образу й подоби Бога”, володіння безсмертною душою.

Третій етап – Новий час. З'являються обґрунтування щодо легалізації евтаназії, ідеї про те, що людині належить як її власне життя, так і смерть.

У 1906 році в США (штат Огайо) вперше було розглянуто закон, відповідно до якого хворий з невиліковною хворобою має повне право вимагати висновку консилиуму лікарів (щонайменше чотирьох) про “полегшення” його страждань. Парламент мав намір використовувати евтаназію до дітей-інвалідів та розумово відсталих осіб, але Конгрес США відхилив законопроекти з причини невідповідності їх до Основного Закону [3, с. 155; 4, с. 190].

На початку Другої світової війни нацистським режимом був реалізований таємний проект під назвою Програма “Евтаназія” або “Т4”, в межах цієї програми було організоване масове знищення психічно хворих пацієнтів шляхом отруєння чадним газом. Після завершення війни виявлені злочини були засуджені суспільством, яке після цього почало вимагати чіткого окреслення права на життя, гідність і охорону здоров'я. В 1948 році після ухвалення Женевської декларації, термін “евтаназія” був витіснений з вживання у німецькомовних країнах [4].

Лише в п'ятих країнах Європи дозволена евтаназія: в Нідерландах (з 2002 року), Бельгії (з 2002 року), Люксембурзі (з 2009 року), а також у Цюриху – швейцарському кантоні (з 2011 року), Іспанії (з 2021) та Португалії (з 2023) [6, с. 22; 7, с. 85-90].

В Україні питання щодо впровадження евтаназії є не вирішеним до кінця. Це питання зачіпає правові, релігійні, моральні, етичні, біоетичні та біомедичні аспекти. Будь яка форма вчинення евтаназії є незаконною на рівні чинного законодавства. Таке праворорушення несе за собою кримінальну відповідальність. Станом на сьогоднішній день Цивільний кодекс України в ч. 4 ст. 281 забороняє задовольнити прохання фізичної особи про припинення її життя [8]. Стаття 52 Основ законодавства про Охорону здоров'я України засвідчує, що “медичні працівники зобов'язані надавати медичну допомогу у повному обсязі пацієнту, який перебуває в невідкладному стані. Медичним працівникам забороняється здійснення евтаназії – навмисного прискорення смерті або умертвіння невиліковного хворого з метою припинення його страждань” [9].

У ч. 1 ст. 3 Конституції України закріплено, що людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю [10]. Згідно до ст. 27 Основного Закону кожна людина має невід'ємне право на життя [10].

В 2003 році під час роботи над проектом Цивільного Кодексу України розглядалось уможливлення пасивної евтаназії, проте у фінальному варіанті ЦК України через обурення громадськості його не було регламентовано. Пізніше в 2011 році було проведено опитування серед громадян про легалізацію евтаназії – лише 37% з однієї тисячі були проти [11].

Петиція №22/074646-еп від 26 вересня 2019 року була розміщена на сайті Президента, в якій автор Черкавський Віталій Юрійович просить Володимира Зеленського впровадити активну евтаназію за добровільною згодою та з виїзними мобільними групами. Петиція не набрала достатньої кількості голосів [12].

Існує певна низка аргументів проти легалізації активної евтаназії. Постійна боротьба з смертельними захворюваннями допомагає розробити нові ліки та методи лікування, тому узаконення евтаназії може сповільнити розвиток медицини. Це може стати новим способом зловмисного вбивства, нанесенням шкоди, а також зловживанням службовими обов'язками. Існує багато відомих випадків зцілення чудом, які відомі людству – евтаназія це заперечує. Зловживання з боку родичів, які можуть бути зацікавлені в смерті близької людини.

Евтаназія суперечить клятві Гіппократа, у якій зазначено, що лікар не повинен давати смертельно діючі препарати пацієнту. За час який пацієнт буде хворіти, можуть винести ліки від даної хвороби і ряд інших аргументів.

У Кримінальному кодексі України евтаназію можна класифікувати за ч. 1 та п. 6 ч. 2 ст. 115, де зазначено, що “вбивство, тобто умисне протиправне заподіяння смерті іншій людині, карається позбавленням волі на строк від семи до п'ятнадцяти років” [13].

Отже, проблема евтаназії залишається відкритою в сучасному суспільстві, зокрема і в Україні потребує фахового обговорення та громадської участі. Сучасне суспільство переважно не повністю схильне довіряти медичному персоналу в контексті тлумачення та вирішення проблеми легалізації евтаназії. Легалізація евтаназії може призвести до дуже негативних наслідків через неналежне фінансування і неправильну діагностику хвороб. Корумпованість влади і державних установ може призвести до емоційного тиску і недобровільного рішення пацієнта про “безболісну смерть”. На наш погляд, альтернативою легалізації евтаназії на сьогодні може бути активний розвиток на державному рівні в Україні хоспісної та паліативної медицини, яка може допомогти полегшити життя пацієнту і його сім'ї.

Література:

1. Бэкон Ф. О достоинстве и приумножении наук. Сочинения: в 2 т. Т. I., 1971, 590 с. – URL: https://imwerden.de/pdf/bekon_tom1_1977_text.pdf
2. Ткаченко Т. В., Колеснікова М. В. теоретико-правові аспекти евтаназії на сучасному етапі розвитку України // Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: юридичні науки Том 31 (70) Ч. 1 № 2 2020. – С. 164-170.
3. Дробик Й. Евтаназія: історична ретроспектива та сучасний стан у світі й Україні // Наукові записки УКУ. Ч. 11: Богослов'я. вип. 5. – С. 143-165.
4. Белов М.В., Данко Д.В., Данко А.В. Право людини на життя: міжнародне нормативне регулювання та практика національного развостосування // Науковий вісник Ужгородського Національного Університету. Серія Право. 2022. Вип. 73. 4. 2. С. 188-196.
5. Операція Райнгард (Einsatz Reinhard). Енциклопедія Голокосту. 2022. – URL: <https://encyclopedia.ushmm.org/content/uk/article/operation-reinhard-einsatz-reinhard>

6. Громовчук М. Конституційно-правове закріплення евтаназії в зарубіжних країнах // Конституційно-правові академічні студії. 2016. № 2. – С. 32–38.
7. Павленко Т. А. Легалізація евтаназії та самогубства, асистованого лікарем: досвід країн Європи // Актуальні проблеми інноваційної економіки та права. 2023. № 3. – С. 85-90.
8. Цивільний кодекс України: Закон України від 01.01.2021. № 435-IV. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text>.
9. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
10. Конституція України / Верховна Рада України; Конституція України, Конституція, Закон від 28.06.1996 № 254к/96-ВР – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254k/96-вр#Text>
11. Усманов Ю. Евтаназія право на смерть: за чи проти? – URL: <http://www.praviconsult.com.ua/evtanaziya-pravo-na-smert-za-chi-proti/>
12. Електронні петиції Офіційне інтернет-представництво Президента України. Автор (ініціатор): Черкавський Віталій Юрійович. Дата оприлюднення: 26 вересня 2019 р. – URL: <https://petition.president.gov.ua/petition/74646>.
13. Кримінальний кодекс України: Кодекс України, Документ 2341-III, чинний. Редакція від 20 березня 2020 р., підстава 542-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14>

Тимощук Д. О.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
tymoschukdiana@gmail.com

Науковий керівник:
д. філос. н., проф. Шевченко С. Л.,
професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

СМЕРТЬ І СТРАЖДАННЯ У ФІЛОСОФІЇ: ЯК ВИПРАВДАТИ ПРАВО НА ЕВТАНАЗІЮ?

Евтаназія – це процес, спрямований на полегшення нестерпних фізичних або психологічних страждань, шляхом припинення життя цієї людини, коли стан людини визнали невиліковним. Ця практика досі гостро стоїть у переліку етичних, правових та філософських суперечок, адже беззаперечно напругу перегукується з правами людини на життя та свободу вибору.

Чому ж саме питання евтаназії викликає стільки дискусій серед суспільства?

Цей процес ставить питання вибору життя та смерті, тобто право на життя, яке вказане, як найвища цінність, у міжнародних етичних кодексах та

документах. В Україні дане право закріплено безпосередньо в Конституції України, зокрема в статті 27 (розділ II “Права, свободи та обов’язки людини і громадянина”) визначається наступне: “Кожна людина має невід’ємне право на життя. Ніхто не може бути свавільно позбавлений життя. Обов’язок держави – захищати життя людини” [1].

Досить велика частина суспільства вважає, що право на життя є недоторканим, і необхідно уникати того, що може порушити його. Інші ж, навпаки, стверджують, і обґрунтовують важливість права людини на власну думку і вибір, тому воно стає пріоритетним при виборі гідного завершення життя, і закінчення страждань. На законодавчому ж рівні йдеться про те, що кожній людині гарантується право на свободу думки, слова, поглядів і переконань, але якщо це не суперечить національній безпеці, громадському порядку [1].

Евтаназія спричиняє етичну дилему для лікаря, адже будь-який медичний працівник має керуватися принципом медичної етики – “не нашкодь” (“*primum non nocere...*”), який міститься у загальновідомій клятві Гіппократа [2]. Даний постулат вступає в протиріччя з процесом евтаназії, оскільки лікарі мають даної “клятви” дотримуватись та намагатися продовжити життя, а не припиняти його. Джон Стюарт Мілль, як прибічник евтаназії, вважає навпаки, тобто коли життя пацієнта є нестерпним та безнадійним, то продовження його фактично завдає шкоди [3]. Проблема автономії пацієнта також є принципом через який виникають дискусії, адже лише людині обирати жити їй далі чи ні, втім з іншого боку доводять, що рішення людини, яка відчуває нестерпні муки, може бути прийняте під тиском важкого стану. Так К. Г. Юнг стверджує, що “в кризових ситуаціях, коли свідомість зазнає тиску несвідомих сил, що виникають з глибин психіки, людина може сприймати реальність не такою, якою вона є насправді. Вона бачить її через фільтр своїх внутрішніх архетипів і символів, які часто спотворюють її досвід” [5].

Соціальні та культурні погляди різняться у різних народів та релігій. Для одних життя – священне, і будь-яка його штучна зупинка є аморальною. У інших вважається, що частиною людського буття і є постійні страждання, і не можна їх уникнути штучно. Існує страх, що легалізація евтаназії офіційно може призвести до нових зловживань. Матеріальний зиск або певні інші фактори можуть впливати на ухвалення такого непростого рішення, особливо щодо важкохворих, які можуть вважати себе тягарем і спонукати до протизаконних діянь чи бездіяння, що згідно українського законодавства, зокрема Кримінального кодексу України, розцінюються як акти, пов’язані з умисним позбавленням життя людини і відповідно вважаються кримінальними правопорушеннями [5].

Водночас і поняття “гідної смерті” викликає багато суперечок та непорозумінь, бо для одних це те, що дозволяє людині завершити життя гідно, зменшивши муки, інших – що смерть спричинена власним втручанням не може називатись гідною. Іммануїл Кант у своїх працях розглядав гідність як невід’ємну властивість кожної людини, яка впливає з її розуму та моральної автономії. З точки зору кантівської етики, гідність вимагає поваги до людської особистості та свободи. З цього приводу він писав наступне: “Людина повинна

використовувати свої природні здібності і прагнення не лише як засоби для досягнення якихось цілей, а й як мету саму по собі; і саме тому вона повинна бути поставлена на таку висоту, щоб її життя, її дії та навіть її смерть не могли знецінити її власну гідність" [6]. Як бачимо, то згідно І. Канта, і смерть має бути гідною, тобто людина має право на гідну смерть.

Спробуємо висвітлити іще дану проблему в інтерпретації класичного екзистенціалізму, згідно якого смерть є суттєвим та невіддільним аспектом людського буття, що дає можливість зрозуміти саму суть життя. Мартін Гайдеггер у своїй праці "Буття і час" наголошує на тому, що: "тільки завдяки усвідомленню смерті як невідторотної даності, ми здатні усвідомити наше власне буття, бо смерть є однією з основних структур нашого існування" [7]. Згідно М. Гайдеггера, смерть дозволяє особистості по-справжньому цінувати своє життя і вибирати власний шлях, визнаючи обмеженість свого часу на землі. На його думку, прийняття власної смерті та здатність самотійно обирати її як вихід із невиліковних страждань може бути способом віднайти справжню свободу і гідність, коли інші можливості вже вичерпані. Згідно Ж.-П. Сартра, людина має повну відповідальність за своє життя і вибір, а тому "навіть у момент смерті людина залишається вільною, вибираючи свою смерть, вона вибирає власну сутність, залишаючи лише одне: остаточне прийняття власної свободи" [8]. За цим підходом еутаназія морально виправдана, і несе в собі прояв свободи, визнаний цінностями екзистенціалізму.

Звернемось в історико-філософському контексті до головної причини застосування еутаназії – страждання. Стоїцизм розглядає страждання як щось, що можна подолати завдяки розвитку внутрішнього спокою та самоконтролю, але водночас визнає, що існують межі, коли страждання порушує гідність людини. Сенека Анней Луцій, один із відомих римських стоїків, підтримував ідею добровільного завершення життя: "Коли життя стає нестерпним, ми маємо право його покинути. Ми не повинні боятися смерті, бо вона не є злом, а лише природним завершенням життя" [9]. Він наголошував, що, на відміну від тілесного страждання, гідність і внутрішня свобода є головними цінностями, а тому людина має право відмовитися від життя, коли воно перетворюється на тягар, який неможливо полегшити жодним чином. Також він виправдовував самогубство як рішення, коли життя руйнує людську гідність. В цьому контексті еутаназія виступає тим способом, який допомагає уникнути болю та безглузлого страждання.

Таким чином, екзистенціалізм і стоїцизм обґрунтовують право кожної людини на еутаназію. При цьому пріоритетом залишається право на власну думку і вибір, але ці підходи не дають остаточних відповідей на складні моральні дилеми, які ставлять під питання баланс між індивідуальною свободою та соціальною відповідальністю, проявами яких може стати знецінення людського життя, зловживання еутаназією тощо.

Інший підхід до проблеми еутаназії пропонує етика турботи. Як приклад можна навести підхід Керол Гілліґан, яка критикує стоїцизм і екзистенціалізм за недостатнє врахування соціальних взаємин і турботи про інших. Тоді відмова від життя може сприйматися, як егоїстичний факт, який порушує обов'язки і відповідальність перед близькими, а отже, ставить під сумнів моральну

цінність такого вибору [10]. Баланс між правом на життя і правом на смерть залишається ключовим питанням у сучасній етиці та праві. З одного боку, захист права на життя унеможлиблює примусову чи невиправдану евтаназію. З іншого боку, визнання права на смерть для пацієнтів, які страждають від невиліковної хвороби, дозволяє зберегти їхню гідність, і забезпечити можливість зробити свідомий вибір.

У правових системах вирішення цієї дилеми відбувається через забезпечення належного регулювання евтаназії або асистованого самогубства. Такий підхід дозволяє запобігти зловживанням, встановлюючи чіткі правила, які захищають як свободу вибору пацієнта, так і дотримання етичних зобов'язань медичного персоналу.

Отже, філософське обґрунтування евтаназії охоплює широкий спектр моральних, етичних і правових аргументів. З погляду моралі та етики, філософське виправдання права на евтаназію виглядає переконливим, особливо коли йдеться про повагу до гідності і автономії людини. Аргументи стоїцизму, екзистенціалізму та утилітаризму вказують, що у ситуаціях нестерпного страждання евтаназія може бути морально виправданою як прояв турботи, поваги до вибору та співчуття до пацієнта. Дещо обережніше до даного питання ставиться етика піклування та турботи, застерігаючи від одностороннього трактування як права на життя, так і права на гідну смерть. Звичайно, такі рішення потребують суворого контролю і детального правового регулювання для уникнення можливих зловживань та порушень прав людини.

Загалом, філософське осмислення дилеми евтаназії ґрунтується на ідеї, що у випадках невиліковних страждань право на гідну смерть може бути проявом справжньої турботи і поваги до людини, навіть якщо це суперечить деяким традиційним уявленням про цінність життя.

Література:

1. Конституція України / Верховна Рада України; Закон від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254k/96-vr#Text>
2. “Клятва Гіпократ” / Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. – URL: <https://nmuofficial.com/zagalni-vidomosti/klyatva-gippokrata/>
3. Міл, Дж. С. (2001), Про свободу: Есе [Пер. з англ.], Основи, Київ, С. 7-24. – URL: <http://litopys.org.ua/mill/mill01.htm>
4. Юнг, К. Г. та послідовники (2022), *Людина та її символи* [Пер. з англ. Хмари Є. О.], Вид. “Центр учбової літератури”, Київ, 436 с.
5. Кримінальний кодекс України, Закон від 05.04.2001, № 2341-III. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text>
6. Kant, I. (2012), *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, Jazzybee Verlag Jürgen Beck, Altenmünster, 150 s.
7. Heidegger, M. (2015), *Sein und Zeit* [Herausgegeben von Thomas Rentsch, 3., bearbeitete Auflage], Walter de Gruyter GmbH & Co KG, Berlin/München/Boston, 319 s.

8. Сартр, Ж.-П. (2001), *Буття і ніщо: нарис феноменологічної онтології*, Основи, Київ, 854 с.
9. Сенека (2022), *Моральні листи до Луцілія* [пер. А. Содомора], Априорі, Львів, 552 с.
10. Gilligan, C. (2003), *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*, Harvard University Press, Cambridge, Mass., ix-xxx, 184 p.

Чернишук Н. Р.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
nataly.ch2607@gmail.com

Науковий керівник:
к. філос. н., доц. Вячеславова О. А.,
доцент кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

АБОРТИ ЯК АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА БІОЕТИКИ ТА БІОМЕДИЧНОЇ ЕТИКИ

У наші дні проблема абортів є однією з найгостріших у світі, особливо у сферах біоетики та біомедичної етики. Ця проблема також знаходиться на перетині філософських підходів, релігійних переконань, правових норм і медичної практики. Тема абортів також пов'язана з висуванням на порядок денний декількох питань: про початок нового життя, про право жінки на власний вибір та про етичні обов'язки лікаря. Їх суперечливість змушує філософів, богословів, медиків та суспільство в цілому шукати компроміс між вірою, людяністю та законом.

Ключовими принципами біоетики є автономія, благодіяння, завдання не нашкодити та справедливість, але у випадку з абортами вони вступають у конфлікт. Автономність передбачає право на самостійне ухвалення рішення щодо свого тіла. У контексті проблеми абортів, це право самостійно вибирати, чи продовжувати вагітність. Принцип благодіяння зобов'язує лікаря діяти в інтересах пацієнта, тобто він повинен дбати про добробут як жінки, так і плоду. Принцип не нашкодь передбачає утримання від дій, які можуть завдати шкоди. З одного боку не завдати шкоди плоду, а з іншого, примус жінки до збереження вагітності всупереч її волі також можна розглядати як шкоду. Принцип справедливості вимагає рівного доступу до медичної допомоги. З позиції біоетики аборт розглядається не лише як соціальне чи правове явище, а як моральне втручання у сферу живого. Зокрема, принцип "благовіння перед життям", сформульований Альбертом Швейцером, закликає до поваги до всього живого – незалежно від рівня його розвитку, виду чи статусу. У цьому контексті аборт може вважатися порушенням цієї загальної поваги до життя, адже йдеться про свідоме припинення біологічного процесу, який вже розпочався в утробі. Біоетика таким чином розширює зміст заповіді "Не

вбий”, трактуючи її не тільки як заборону вбивства людини, а як загальний моральний заклик до збереження й шанування життя в усіх його проявах.

Погляди на аборти значно відрізняються залежно від історичного періоду та релігійної традиції, адже історико-культурний і релігійний контекст суттєво впливає на ставлення до цього питання. Наприклад у Біблії, нічого не згадано про аборти, але є деякі уривки, які демонструють початок життя: “Ось історія про створення неба й землі. Того дня, коли Господь Бог створив землю й небо, на землі не росло ще жодного польового куща. Жодна рослина в полі не пустила ще паростків своїх, бо Господь Бог не послав іще дощу на землю. Не було ще людини, щоб порати землю. Води здіймалися з-під землі і зрошували поверхню. Тоді Господь Бог змішав людину з пороку земного і вдихнув у неї через ніздрі життя. І став той чоловік живою істотою. Потому Господь Бог посадив сад на сході, у місці, що звалося Едем, і поселив там чоловіка, якого створив. Із землі Господь Бог зростив різні види дерев, які були гарні на вигляд і добрі на поживу. Посеред саду росли дерево життя й дерево пізнання добра і зла” [1, с. 1384]. В релігійному контексті вони інтерпретуються як підтвердження того, що людське життя є унікальним актом Божого творіння, а отже, будь-яке втручання, зокрема аборт, може розглядатися як порушення Божої волі. Згідно з шостою заповіддю, Бог забороняє вбивство – як умисне позбавлення життя іншої людини, так і самогубство. Життя вважається найціннішим Божим даром, тому його свідоме припинення – один із найтяжчих гріхів. Аборт вважається гріхом як акт, що порушує цю заповідь. Разом з тим, християнське вчення також наголошує на можливості покаяння, прощення та духовного зцілення для тих, хто пережив досвід абортів.

У ісламському віровченні спостерігається певна неоднозначність у ставленні до абортів. У Священному Корані сказано: “Не вбивайте своїх дітей, побоюючись бідності, адже Ми забезпечуємо їжею їх разом з вами. Воістину, вбивати дітей – тяжкий гріх” [3, с. 624]. Згідно з ісламським віровченням, дитина в утробі матері вже вважається повноцінною людиною, навіть якщо вона ще не народжена. Разом з тим, сучасні підходи можуть варіюватися залежно від школи права, обставин і терміну вагітності. Зокрема, сучасний автор С. Ісмаїлов пропонує такий коментар: “... взагалі Іслам забороняє аборти, проте є винятки, що стосуються особливих обставин. Якщо, наприклад, медично обґрунтовано, що народження дитини призведе до смерті жінки чи становить реальну загрозу її здоров'ю, чи дитина народиться з вадами, що несумісні з життям, – у таких випадках дозволено зробити аборт. Окрім того, є випадки, коли жінка завагітніла внаслідок зґвалтування. По-перше, якщо жінка в такій ситуації сама бажає народити цю дитину, то, звісно, вона може її народити. Якщо вона не бажає народжувати дитину від ґвалтівника та не відчуває себе спроможною цю дитину привести на світ і виховати, то, згідно з ісламським віровченням, вона також може перервати вагітність. У будь-якому випадку, таке медичне втручання має проводитися до 120 дня вагітності. Річ у тім, що на 120 день, як казав пророк Мухаммад (мир йому та благословення), приходить ангел і приносить душу нової людини. Тож якщо з медичних або соціальних причин існує потреба перервати вагітність, це треба зробити до 120 дня від моменту зачаття, інакше цю дитину треба народжувати. Утім, якщо виникає

ситуація, коли вагітність стає загрозою для життя та здоров'я матері після 120 дня, і є кваліфікований медичний висновок про це – перервати таку вагітність дозволено. У разі сумніву жінка може звернутися до духовного наставника за порадою, і якщо їй ознайомиться з медичним висновком – він порадить дослухатися до думки фахівців. Однак якщо жертва з'валтування з якоїсь причини не мала доступу до медичних послуг протягом 120 днів і пропустила цей термін – їй доведеться народити цю дитину. І якщо вона не бажає її бачити та виховувати – вона може віддати її на виховання іншим людям”. [2] Разом з тим, С. Ісмаїлов вдається до соціальної критики, наголошуючи, що проблема абортів має не лише медичний, а й соціокультурний вимір: “Мусульмани хочуть звернути увагу, що вагітності та аборти – це наслідок безладних статевих зв'язків, бездуховності, гріховності і безбожництва, які запанували в українському суспільстві. Навіть деякі сімейні пари, які перебувають у законному шлюбі, вдаються до абортів, що ж говорити про молодь, яка живе ідеєю “вільного сексу без зобов'язань”? Потрібно лікувати суспільство від гріховності та статевої розбещеності, що поглинули його, а не вагітних жінок від вагітності” [2]. Отже, на нашу думку, варто розглядати аборти, зокрема, і як певний соціальний наслідок, наслідок безладу в головах, неосвіченості, нерациональності, безвідповідальності, відсутності планування, світоглядної і соціальної інфантильності та інших соціальних вад сучасної людини.

Буддизм має власні переконання щодо абортів. Перша заповідь буддизму звучить так: “Не вбивай – не вбивай живих істот навмисно” [4, с. 128]. Не дивлячись на це, буддизм також вчить не нав'язувати свою думку іншим та не встановлює абсолютні правила натомість він дає вказівки. Тому в буддизмі вважається, що ми беремо відповідальність за свої дії та їх результати. Буддисти вважають, що карма все одно наздожене людину, але ніхто не повинен засуджувати її дії. Навіть заповіді трактуються як принципи і ми самі вирішуємо як їх застосовувати. Тож аборти не є тим що буддизм підтримує, але і не є тим, що заперечує.

Можна припускати, що і у сучасників Гіппократа, позиція якого з питання штучного переривання вагітності добре відома, могли бути різні міркування щодо цієї проблеми. Так, Платон у діалозі “Держава” у книгах 5 і 6 обговорює ідеальну державу та контроль за народжуваністю і хоч прямо слово “аборт” не використовує, але допускає можливість втручання, якщо зачаття відбулося у “невідповідний” час. В “Політиці” Аристотеля знаходимо таке положення: “... коли пари мають дітей понад встановлену межу, слід вживати заходів щодо переривання зачаття ще до того, як життя та відчуття з'являються у зародку; бо те, що має життя і відчуття, не можна знищувати” [5, с. 432].

З-поміж сучасних філософів варто згадати Джудіт Джарвіс Томпсон та її відоме есе “A Defense of Abortion” (1971). У цьому тексті вона не намагається заперечити, що плід є особою – навпаки, вона свідомо припускає, що плід має повноцінний моральний статус. Це припущення є принципово важливим, адже навіть виходячи з нього, Томпсон стверджує, що аборт у певних випадках може бути морально допустимим. Її аргументація ґрунтується не на запереченні цінності плоду, а на захисті права жінки на тілесну автономію. Один із прикладів її аргументації наведено в есе “Скрипаль”: “Ти прокидаєшся

вранці і бачиш, що лежиш у ліжку спина до спини з непритомним скрипалем. Відомий непритомний скрипаль. У нього виявили смертельну хворобу нирок, і Товариство любителів музики вивчило всі наявні медичні записи і з'ясувало, що тільки ви маєте групу крові, яка може допомогти. Тому вони викрали вас, і минулої ночі кровоносну систему скрипаля під'єднали до вашої, щоб ваші нирки можна було використати для вилучення отрути з його крові, а також з вашої. Директор лікарні тепер каже вам: "Послухайте, нам шкода, що Товариство любителів музики зробило це з вами – якби ми знали, ми б ніколи не дозволили цього, якби знали. Але все ж вони це зробили, і скрипаль тепер підключений до вас. Від'єднати вас - це означає вбити його. Але нічого, це лише на дев'ять місяців. До того часу він одужає, і його можна буде спокійно від'єднати від вас". Чи є для вас моральним обов'язком погодитися з такою ситуацією? Без сумніву, було б дуже добре з вашого боку, якби ви це зробили, це було б великою добротою. Але чи обов'язково до нього приєднуватися? Що, якби це було не дев'ять місяців, а дев'ять років? Або ще довше? Що, якщо директор лікарні скаже. "Не пощастило. Я згоден, але тепер ти мусиш залишатися в ліжку зі скрипалем, підключеним до тебе, до кінця свого життя. Тому що запам'ятайте це. Всі люди мають право на життя, а скрипалі - це люди. Звичайно, ви маєте право вирішувати, що відбувається у вашому тілі, але право людини на життя переважає ваше право вирішувати, що відбувається у вашому тілі. Тому ти ніколи не можеш бути відірваним від нього" [6, с. 47-66].

Ще один зразок аргументації пропонується в есе "Людина-насіння": "Якщо в кімнаті душно, і я відчиняю вікно, щоб провітрити її, і до неї залязати грабіжник, було б абсурдно сказати: "А, тепер він може залишитися, вона дала йому право користуватися своїм будинком – адже вона частково відповідальна за його присутність там, добровільно зробивши те, що дозволило йому залізти, з повним усвідомленням того, що існують такі речі, як грабіжники, і що грабіжники грабують". Ще абсурдніше було б так говорити, якби на моїх вікнах були встановлені решітки саме для того, щоб запобігти проникненню грабіжників, а грабіжник потрапив туди лише через дефект решітки. Не менш абсурдною ситуація залишається, якщо уявити, що залазить не злодій, а невинна людина, яка помилилася або впала. Знову ж таки, уявімо, що це так: люди-насіння літають у повітрі, як пилок, і якщо ви відчиняєте вікна, хтось може залізти до вас і вкоренитися у ваших килимах чи оббивці. Ви не хочете дітей, тому завішуєте вікна дрібнопористими сітками, найкращими з тих, що ви можете купити. Однак може статися, і це трапляється дуже рідко, що одна з сіток виявляється несправною, і насіння потрапляє всередину і пускає коріння. Чи має право людина-рослина, яка тепер розвивається, користуватися вашим будинком? Звичайно, ні - незважаючи на те, що ви добровільно відкрили вікна, свідомо зберегли килими і м'які меблі, і знали, що сітки іноді бувають несправні. Хтось може заперечити, що ви відповідальні за його вкорінення, що він має право на ваш дім, адже, зрештою, ви могли б прожити своє життя з готами підлогами і меблями, або з заклеєними вікнами і дверима. Але це не спрацює - адже так само будь-хто може уникнути вагітності внаслідок згвалтування, зробивши гістеректомію, або взагалі ніколи не виходити з дому без (надійної!) армії" [6, с. 47-66].

Отже, зазначена позиція пропонує розрізнити два поняття: “право на життя” та “право користуватися тілом іншої особи для підтримання життя”. Право на життя означає, що кожна людина має право не бути вбита несправедливо, але це не дає автоматичного доступу до ресурсів іншої особи. Право користуватися тілом іншої людини для збереження життя – це окреме питання, яке передбачає моральне або юридичне зобов’язання дозволити використовувати своє тіло. Джудіт Джарвіс Томпсон наголошує, що навіть якщо плід має право на життя, це не дає йому права на використання тіла жінки без її згоди. Як і з донорством, ніхто не зобов’язаний віддати орган, навіть якщо це врятує життя. Жінка не зобов’язана виношувати вагітність без її згоди.

З медичної точки зору, аборт – це втручання, яке може бути плановим (елективним) або вимушеним через медичні показання, коли вагітність загрожує життю чи здоров’ю жінки. Існують два основні методи абортів: медикаментозний та хірургічний. У розвинених країнах ці процедури зазвичай безпечні, але в країнах з обмеженим доступом до якісної медичної допомоги вони можуть призвести до серйозних ускладнень, таких як інфекції, безпліддя чи смерть. Щодо довгострокових наслідків, деякі дослідження вказують на можливий зв’язок між абортами та підвищеним ризиком онкологічних захворювань, але наукове підтвердження цієї гіпотези відсутнє. Також обговорюються можливі впливи на репродуктивне здоров’я, гормональний баланс і психологічний стан жінки. Медична спільнота наголошує на важливості інформування пацієнток та додаткових досліджень для оцінки довгострокових ефектів абортів.

Етичні дебати про аборти тривають між двома таборами – “pro-life” і “pro-choice”. Представники “pro-life” вважають, що плід має право на життя з моменту зачаття, а “pro-choice” наголошують на праві жінки ухвалювати рішення щодо вагітності. Ці суперечності часто призводять до агресії проти лікарів, що створює ще одну етичну дилему – захист життя медичних працівників.

Висновок. Аборти – це дуже складна та багатовимірна проблема, яка не має однозначного вирішення. Вона стосується особистих рішень, соціальної відповідальності, релігійних та філософських переконань й медичної практики. Біоетика допомагає осмислити цю проблему через призму етичних принципів і сприяє формуванню гуманної політики. У центрі цієї дискусії має завжди залишатися повага до людської гідності. Саме такий підхід дає змогу будувати суспільство, де складні моральні рішення приймаються з усвідомленням наслідків, а не під тиском страху чи заборон.

Література:

1. Біблія або Святе Письмо Старого й Нового Заповіту : у пер. Івана Огієнка. – Вид. 11-те. – Київ: Українське Біблійне Товариство, 2004. – 1384 с. – (Біблія укр. мовою). – Буття 2:4–17.
2. Ісмаїлов С. М. Послання про єдність мусульман. – Київ: Ансар Фаундейшн, 2019. – 112 с.
3. Коран. Сура 17, аят 31 / пер. М. Якубовича. – Київ: Основи, 2013. – 624 с.

4. Дхаммапада: з палійського канону / пер. з англ. А. І. Панчишина. – Львів: Каменяр, 2007. – 128 с. – (Серія “Скарби Сходу”).
5. Аристотель. Політика / пер. з давньогре. О. О. Микитенка. – Київ : Основи, 1993. – 432 с.
6. Thomson, J. J. “A Defense of Abortion”. In: Philosophy and Public Affairs [Ed. F. S. Kitcher]. – New York: Wiley, 1971. – Pp. 47-66.

Шведюк В. С., Хмара А. О.,

НМУ імені О. О. Богомольця,

viamegaw@gmail.com, hmaraartem99@gmail.com

Науковий керівник:

к. політ. н., доц. Місержи С. Д.,

доцент кафедри філософії, біоетики та історії медицини

НМУ імені О.О. Богомольця

БІОЕТИЧНІ ТА ПРАВОВІ АСПЕКТИ КРІОКОНСЕРВУВАННЯ РЕПРОДУКТИВНИХ КЛІТИН УКРАЇНСЬКИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

У контексті збройної агресії проти України питання збереження репродуктивного матеріалу військовослужбовців набуло особливої актуальності. Ризик втрати здоров'я, зокрема репродуктивного, в умовах війни значно зростає. У зв'язку з цим виникла нагальна потреба у законодавчому врегулюванні питань, пов'язаних із забором, зберіганням та подальшим використанням репродуктивного матеріалу військовослужбовців. У нормативних документах, ухвалених за останні кілька років і регулюючих кріоконсервацію репродуктивних клітин, визначено їх метою забезпечення права військовослужбовців на біологічне батьківство (материнство), збереження генофонду українського народу.

З розвитком біомедицини стрімко зростає як кількість біобанків – спеціалізованих сховищ людських біоматеріалів (клітин, ДНК-структур тощо), так і спектр наукових і практичних завдань, які ці біобанки покликані вирішувати. Досвід їх створення й функціонування засвідчує наявність низки ключових дискусійних питань, серед яких: добровільність та інформованість згоди донора, правовий статус власності та можливість успадкування біоматеріалу, джерела фінансування, терміни й умови зберігання, а також можливості розпорядження біоматеріалом його власником. Так, у 1998 році уряд Ісландії надав компанії “DeCODE Genetics” виняткове право на створення Національної генетичної бази даних. Використовувалася модель передбачуваної згоди (презупція згоди), тобто людині не потрібно було давати явної згоди, навпаки, вона мала відмовитися, якщо не хотіла брати участь. Учасники не отримували достатньої інформації про ризики та цілі використання даних. Комерційний характер проекту викликав додаткове занепокоєння, оскільки компанія могла використовувати дані у дослідженнях та продуктах. Ці порушення стали підставою для критики, зокрема з боку

фахівців з біоетики та права, і призвели до змін у ісландському законодавстві, спрямованих на посилення захисту прав донора [1].

Відповідно до українського законодавства, зокрема статті 290 «Право на донорство» Цивільного кодексу України, повнолітня дієздатна фізична особа має право бути донором крові, її компонентів, органів, інших анатомічних матеріалів, а також репродуктивних клітин [2]. У 2013 році наказом Міністерства охорони здоров'я було затверджено «Порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» [3]. Таким чином, практика кріоконсервації донорського репродуктивного матеріалу мала належне нормативно-правове забезпечення, що дозволило окремим військовослужбовцям після 2014 року звертатися до приватних репродуктивних клінік. Зазначені процедури, як правило, фінансувалися за особисті кошти або за підтримки волонтерських організацій. Із початком повномасштабної збройної агресії ця практика стала предметом суспільних та етичних дискусій.

З метою біоетичного та правового урегулювання забору та зберігання репродуктивного матеріалу військовослужбовців, у 2023 році було прийнято Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення права військовослужбовців та інших осіб на біологічне батьківство (материнство)», який закріпив право військовослужбовців на безоплатне зберігання репродуктивних клітин [4]. Однак низка ключових питань залишалася неврегульованою, особливо щодо долі кріоконсервованих репродуктивних клітин у випадку смерті донора та/або припинення військового стану. Тому у 2024 році був прийнятий Закон України «Про внесення зміни до пункту 2 розділу II «Прикінцеві та перехідні положення» Закону України «Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення права військовослужбовців та інших осіб на біологічне батьківство (материнство)» щодо збереження генофонду Українського народу», у пункті 3 якого зазначається, що «у разі смерті або оголошення судом померлою особи, репродуктивні клітини якої зберігаються відповідно до законодавства, їх безоплатне зберігання відповідно до цього Закону здійснюється протягом трьох років з моменту смерті такої особи або оголошення судом її померлою. Після закінчення цього строку подальше зберігання таких клітин може бути продовжене за рахунок іншої особи, визначеної у заповіті особи щодо власних репродуктивних клітин» [5]. Водночас у законі відсутнє чітке визначення особи, яка може бути визначена у заповіті.

Навіть після того, як 24 січня 2025 року постановою Кабінету Міністрів України №78 був прийнятий «Порядок здійснення забору, кріоконсервації та зберігання репродуктивних клітин військовослужбовців та інших осіб на випадок втрати репродуктивної функції під час виконання обов'язків із оборони держави, захисту Вітчизни та інших покладених на них обов'язків відповідно до законодавства», ситуація залишилася невизначеною. Так, у пункті 12 зазначається, що «зберігання клітин може бути продовжене за рахунок іншої особи, визначеної у заповіті військовослужбовця, ... а у разі відсутності заповіту – за бажанням другого з подружжя або особи, з якою загиблий (померлий) військовослужбовець... проживали однією сім'єю, але не перебували у шлюбі між собою» [6]. Таке формулювання допускає широкого тлумачення, згідно

з яким відповідальним за подальшу долю донорського біоматеріалу може бути визнаним не лише подружжя, а й інша особа, яка проживала з донором як сім'я, зокрема особи першого ступеня спорідненості (батьки, діти, у тому числі всиновлені) та другого ступеня спорідненості (брати, сестри). Така невизначеність створює нормативну колізію між законом і підзаконним актом та порушує принцип ієрархії джерел права. Окрім того, висловлюється думка, що використання заповіту як правового інструменту для волевиявлення щодо репродуктивних клітин є концептуально некоректним, тому що реалізація права особи на репродукцію не може переходити у спадщину.

Із біоетичної точки зору постає питання, які саме механізми та варіанти рішень держава пропонує для врегулювання використання репродуктивних клітин донора, крім тимчасового фінансування їх зберігання та утилізацію [6, п.14]. Проблема полягає в тому, що таким чином члени родин загиблих військовослужбовців не одержують гарантованого механізму для реалізації права на посмертне батьківство. Наприклад, чи будуть впроваджуватися державні програми допоміжних репродуктивних технологій? Чи можуть репродуктивні клітини бути передані, при певних обставинах, до біобанків анонімного донорського матеріалу, або використані в науково-дослідній роботі? Виникнення таких питань є лише справою часу, і вони цілком обґрунтовані з урахуванням проголошених цілей щодо забезпечення права військовослужбовців на біологічне батьківство (материнство) та збереження генофонду українського народу.

Слід визнати, що в історії репродуктивної медицини траплялися численні випадки, коли власники репродуктивного матеріалу відмовлялися як від подальшого фінансування його збереження, так і від його подальшого використання. Досить згадати справу Аделіни Паррілло, яка після смерті свого партнера у 2015 році звернулася до Європейського суду з прав людини з проханням дозволити передачу своїх п'яти заморожених ембріонів на наукові дослідження. У зв'язку зі зміною особистих обставин вона відмовилася від наміру використати ембріони для народження дитини та розглядала їх як потенційно цінний біоматеріал, який, на її думку, не повинен бути знищений без користі. Втім, суд відмовив у задоволенні її вимог. Особливої уваги заслуговує той факт, що суд врахував і волю покійного партнера, зокрема його прагнення до народження дітей. Проте в ширшому контексті ця справа, попри те, що безпосередньо стосується питання розпорядження ембріонами, порушує фундаментальні етико-правові проблеми. Вона демонструє, що життєві обставини можуть суттєво змінюватися, і ставить питання про те, чи повинна враховуватись посмертна воля донора, а також чи можуть, в нашому випадку, репродуктивні клітини розглядатися в правовому полі як об'єкт спадкування [7].

Таким чином, за відсутності належного правового механізму щодо збереження та використання кріоконсервованих репродуктивних клітин військовослужбовців, реалізація їхнього права на біологічне батьківство (материнство) залишається обмеженою. Це породжує низку біоетичних і правових проблем, зокрема: відсутність чітко врегульованої процедури інформованої згоди, складність у визначенні правонаступників на

репродуктивні клітини та подальше застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), відсутність державних програм ДРТ для військовослужбовців як особливої соціальної групи, а також ризики втручання держави у сферу приватного життя. Як наслідок, вдови й близькі загиблих військовослужбовців, а також військовослужбовці з важкими пораненнями, будуть змушені звертатися до суду, опиняючись у складній морально-психологічній та правовій ситуації.

Література:

1. Enserink M. Iceland OKs Private Health Databank. – Science, 1 jan., 1999. URL: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.283.5398.13a>
2. Цивільний кодекс України // ВВР України. – 2003. – № 40-44. – Ст.356.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України "Порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні"// ВВР України. – 2013. – № 787.
4. Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення права військовослужбовців та інших осіб на біологічне батьківство (материнство)» // ВВР України. – 2023. – № 134. – Ст.787.
5. Закон України "Про внесення зміни до пункту 2 розділу II «Прикінцеві та перехідні положення» Закону України «Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення права військовослужбовців та інших осіб на біологічне батьківство (материнство)» щодо збереження генофонду українського народу" // ВВР України. – 2024. – № 12. – Ст.62.
6. Постанова Кабінету Міністрів України від 24.01.2025 № 78 «Про затвердження Порядку здійснення забору, кріоконсервації та зберігання репродуктивних клітин військовослужбовців та інших осіб на випадок втрати репродуктивної функції під час виконання обов'язків із оборони держави, захисту Вітчизни та інших покладених на них обов'язків відповідно до законодавства». – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/78-2025-%D0%BF#Text>
7. Case of Parrillo v. Italy (Application no. 46470/11). European Court of Human Rights. – URL: <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22:%5B%22001-157263%22%5D%7D>

ПРОБЛЕМА ПСИХОГЕННИХ ЯТРОГЕНІЙ В МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Медичне втручання, покликане лікувати, інколи може стати причиною нових хвороб. Це парадоксальне явище отримало назву “ятрогеній” – функціональних та органічних хвороб, безпосередньою причиною яких є прямі дії лікаря [1].

За етіологією, ятрогенії поділяють на 7 груп: аліментарна, медикаментозна, маніпуляційна, наркозно-реанімаційна, хірургічна, променева; ятрогенія від спілкування [2].

І якщо інвалідизацію внаслідок невдалої операції (хірургічна ятрогенія) зрозуміти доволі легко, то виникнення патологій через прості слова лікаря – дещо складніше.

Ятрогенії від спілкування (психогенні) проявляються станами, різними за важкістю: від тривожності до психозів, депресій та неврастенії. Вони розвиваються через необережні, некоректні та неетичні висловлювання медичного працівника щодо стану здоров'я пацієнта (пряме травмування; істинна ятрогенія); ознайомлення із власною історією хвороби, прослуховування публічних лекцій на тему діагнозу, невірне тлумачення слів лікаря (непряме травмування; псевдоятрогенія); у разі неефективності лікування або недовіри до лікаря [3].

У формуванні психогенної ятрогенії також можуть відігравати роль певні риси характеру хворого (невпевненість, схильність до тривожності, підвищена увага до найменших змін самопочуття, емоційна вразливість, іпохондричність), що зумовлюють неадекватні реакції на будь-яку отримувану ним медичну інформацію.

Такі пацієнти потребують особливої тактики в спілкуванні з ними. Деякі спеціалісти вважають, що подібні випадки не можна класифікувати як ятрогенію, оскільки патологія виникає не стільки з вини лікаря, скільки внаслідок особливостей характеру пацієнтів. Проте, роль лікаря в розвитку такого роду психогенних тривожних розладів залишається провідною [4].

У випадку будь якого генезу, психогенні ятрогенії зумовлюють погіршення ментального стану, зниження комплаєнтності пацієнта, появи психосоматичних розладів – все це значно ускладнює терапію [5].

На тлі соціальних трансформацій кінця ХХ – початку ХХІ століття та зростаючої ролі технологій в охороні здоров'я, спостерігається тенденція до заміни пацієнт-орієнтованого підходу (“лікують пацієнта”) підходом, орієнтованим на хворобу (“лікують патологію, синдром”) [5]. Цей фактор,

спільно зі зростанням психоемоційної напруженості суспільства (особливо, українського), інформаційних навантажень, темпів соціального життя, спричинив особливу актуалізацію проблеми психогенних ятрогеній.

Непідготовленим лікарям легко й не помітити моменту, коли їх необережне висловлювання змінило ставлення пацієнта до хвороби й/або до себе – часто симптомами нехтують й надалі. “Причину і походження такої [ятрогенної] хвороби визначає вже інший лікар і зазвичай через значний проміжок часу, коли хворий приходить з набутими стражданнями, спровокованими попереднім лікарем, і втраченою внаслідок цього душевною рівновагою”, – зауважує Р. А. Лурія [6].

Будь-яким працівникам медичної сфери, від молодших медсестер і до головних лікарів, важливо пам'ятати, якого важливого значення набуває слово під час спілкування з пацієнтами. Для вразливих хворих слово, будучи одним із найдивовижніших засобів цілення, при неправильному використанні може перетворитися на згубну зброю. Таке особливе значення слова для людини, а особливо для хворої людини, зобов'язує лікаря бути надзвичайно обережним, розважливим та дбайливим у його використанні [3].

Всім медичним працівникам рекомендується проходити ретельну етико-деонтологічну підготовку, засвоїти принципи моралі, доброго, гуманістичного ставлення до хворих [7]. Важливо розвивати навички ефективної комунікації з пацієнтами, використовувати зрозумілу мову, уникати медичних термінів; надавати хворому достатній об'єм інформації щодо його стану, аби уникнути його звертання до непрофесійних джерел та непрямого травмування; вміти налагоджувати контакт. Медичні працівники повинні бути навченими коректному заповненню медичної документації, що надається пацієнту (виписки з історії хвороби, консультативні висновки, описи результатів досліджень, рекомендації тощо. В документації необхідно уникати формулювань, які без належного пояснення можуть бути неправильно сприйняті хворим і викликати в нього тривогу [3].

Отже, психогенні ятрогенії залишаються актуальною проблемою в сучасній медицині, зокрема і українській, свідченням чого є регулярне погіршення стану хворих. Для уникнення травмування пацієнтів та підвищення ефективності лікування, медичним працівникам рекомендовано поглиблювати власні знання та вдосконалювати навички з етики, деонтології, професійної комунікології, аксіології, біоетики та біомедичної етики.

Література:

1. Кассирский И. А. Об ятрогенных заболеваниях // Труды I-й Всесоюзной конференции по проблеме медицинской деонтологии. – М., 1970. – С. 55-64.
2. Долецкий С. Я. Ятрогенные болезни и повреждения: Сб. науч. работ. – Махачкала, 1991. – С. 14-18.
3. Дворецкий Л. И. Путешествие в страну ятрогенности (Сообщение 2). – М., 2017. – С. 166-170.
4. Охорона психічного здоров'я: підручник для лікарів / [колектив авто-

рів]; за заг. ред. професора Л. М. Юр'євої, професора Н. О. Марути. – Харків: Строков Д. В., 2022. – 383 с. – URL: <https://repo.dma.dp.ua/8174/1/REP0001366%20%281%29.PDF>

5. Антипов В. В., Антипова С. И. Ятрогения как неизбежное явление в медицине XXI века. Часть I. от врачебных ошибок к ятрогении // Медицинские новости. – 2017. – №4 – С. 25-32.
6. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. – М.: Медицина, 1977. – 112 с.
7. Бильченко О. С. Врачебная этика и медицинская деонтология. – Харьков, 2005. – 197 с.

Яценко К. Є.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
acenkoksensia61@gmail.com

Науковий керівник:
д. філос. н., проф. Шевченко С. Л.,
професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ТРАНСПЛАНТАЦІЯ: БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ТА РЕЛІГІЙНІ ПІДХОДИ

Трансплантація є однією з найважливіших інновацій сучасної медицини, яка дозволяє рятувати життя людей із тяжкими захворюваннями. Однак цей напрямок породжує численні етичні та релігійні дискусії, пов'язані з питаннями життя, смерті та права людини розпоряджатися власним тілом.

З біоетичної точки зору, основною проблемою є баланс між потребою суспільства у донорських органах і захистом прав донора. Добровільність і поінформована згода є базовими принципами, які визначають етичність трансплантації. Разом із тим, питання смерті мозку, яка визначає момент, коли донорські органи можуть бути вилучені, також залишається предметом дискусій. За даними досліджень Дж. Гансена, смерть мозку все ще не є однозначно прийнятим критерієм у всіх культурах та релігіях [1].

Релігійні переконання часто формують ставлення суспільства до трансплантації. У християнстві, наприклад, донорство органів розглядається як акт милосердя та любові до ближнього. Католицька церква, спираючись на енцикліку Івана Павла II, підкреслює, що трансплантація є етично прийнятною, якщо відбувається за згодою донора та без комерційної вигоди [2]. Водночас деякі протестантські спільноти можуть виступати проти, якщо це порушує принцип недоторканності тіла після смерті. Трансплантація є багатогранним явищем, що вимагає міждисциплінарного підходу. Біоетика й релігійні традиції мають шукати спільні рішення, які враховують як науковий прогрес, так і духовні цінності суспільства.

В ісламі ставлення до трансплантації є більш неоднозначним. З одного боку, шаріат забороняє втручання в тіло людини, зокрема після смерті, але з

іншого боку, збереження життя є найвищою цінністю. У багатьох ісламських країнах дозволено трансплантацію за умови, що це робиться за добровільною згодою і з дотриманням принципу "не нашкодь" [3].

Складною залишається ситуація в буддизмі та індуїзмі. Ці релігії акцентують увагу на кармічних наслідках і збереженні цілісності тіла. Проте в деяких випадках, як-от живе донорство, можливість трансплантації обговорюється як прояв співчуття.

Окрім моральних і релігійних аспектів, трансплантація стикається з правовими й соціальними викликами. Одним із ключових питань є розмежування міжживим донорством і посмертним, адже саме в цих контекстах перетинаються біоетика, релігійні принципи та особисті переконання.

Живе донорство розглядається в більшості релігій як акт жертвності та милосердя. У християнстві, зокрема в православній традиції, підкреслюється важливість добровільності й бажання допомогти ближньому. Святитель Василь Великий ще у IV столітті писав, що любов до ближнього повинна включати готовність пожертвувати частину себе для допомоги іншим [4]. З іншого боку, посмертне донорство викликає більше суперечок. У багатьох культурах існує сильний зв'язок із традицією поховання та збереження тіла після смерті. Наприклад, в юдаїзмі трансплантація органів дозволяється тільки тоді, коли є абсолютна необхідність для порятунку життя, оскільки Тора забороняє будь-яке втручання в тіло померлого, крім випадків, які виправдані "підкупанням про життя" [5].

Сучасні медичні технології, як-от системи підтримки життєдіяльності, ставлять нові питання. Зокрема, визначення моменту смерті є ключовим для вилучення органів. У багатьох правових системах прийнято концепцію смерті мозку, проте вона не завжди узгоджується з релігійними уявленнями. Наприклад, в ісламському праві деякі улеми вважають, що смерть серця, а не мозку, є справжнім завершенням життя [3].

Додатковою проблемою є комерціалізація трансплантації, яка суперечить як біоетичним принципам, так і релігійним переконанням. Наприклад, у католицькій етиці наголошується, що торгівля органами є неприпустимою, оскільки це перетворює людське тіло на товар, що порушує гідність людини [2]. Подібні погляди висловлюють і представники інших конфесій, які вважають, що людське тіло не можна використовувати як засіб досягнення матеріальної вигоди.

Соціальні аспекти трансплантації також викликають релігійні дискусії. Зокрема, нерівний доступ до трансплантаційних послуг у різних країнах чи серед певних верств населення породжує питання справедливості. Християнська етика закликає до забезпечення рівності та справедливого розподілу медичних ресурсів [1].

Отже, трансплантація є однією з найбільш інноваційних і водночас чутливих галузей сучасної медицини, яка здатна забезпечити порятунок тисяч життів щорічно. Проте вона перебуває на перетині складних етичних, релігійних, правових і соціальних питань, що вимагають ретельного аналізу. Особливо важливим залишається питання поінформованої згоди донора, адже відсутність чітких стандартів може порушувати права людини. Крім

цього, суспільні стереотипи та релігійні заборони нерідко створюють бар'єри для розвитку трансплантології. Світовий практичний досвід трансплантології показує, що успішна реалізація програм донорства можлива за умови відкритого діалогу між медиками, теологами, правозахисниками й суспільством. Законодавство має враховувати не лише наукові дані, але й етичні й культурні особливості конкретного суспільства. Важливо наголосити, що приклади ефективного функціонування систем донорства є в країнах із різними релігійними традиціями, що свідчить про можливість узгодження наукового прогресу з духовними цінностями. У майбутньому розвиток біоетичних досліджень і медичних технологій може сприяти пошуку нових шляхів подолання цих викликів. Ще одним важливим аспектом є просвітницька робота. Зростання обізнаності суспільства про трансплантацію та донорство здатне змінити ставлення людей, зменшити страхи та сприяти прийняттю ідеї допомоги іншим через донорство органів. Ефективна просвітницька кампанія може залучити більше добровільних донорів і створити умови для більш справедливого доступу до трансплантації. Таким чином, трансплантація – це не лише медична проблема, але й соціальне явище, яке вимагає комплексного підходу для розв'язання її сучасних викликів. Тому трансплантація формує широке поле для активного діалогу між біоетикою, релігією та правом. А збереження балансу між повагою до релігійних переконань і забезпеченням медичних послуг залишається ключовим викликом для сучасного суспільства.

Література:

1. Hansen, J. (2018). *Bioethics and Organ Donation*, Cambridge University Press, Cambridge, 326 p.
2. John Paul II. (1995), *Evangelium Vitae*, Libreria Editrice Vaticana. 153 p.
3. Sachedina, A. (2009), *Islamic Biomedical Ethics: Principles and Application*, Oxford University Press, New York, 296 p.
4. Basil the Great (1980), *Homilies and Ethical Discourses*, Eerdmans Publishing, Grand Rapids, MI., 310 p.
5. Jakobovits, I. (1975), *Jewish Medical Ethics: A Comparative and Historical Study of the Jewish Religious Attitude to Medicine and Its Practice*, Bloch Publishing, New York, 465 p.

Гапон Д. Р.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
diana.diana35@icloud.com

Науковий керівник:
д. філос. н., проф. Шевченко С. Л.,
професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Штучний інтелект змінює медичну практику, сприяючи точнішій діагностиці, персоналізації лікування та покращенню доступу до медичних послуг [1]. Однак разом із цим виникають численні етичні виклики, зокрема щодо конфіденційності, об'єктивності рішень, ризику помилок та відповідальності за наслідки.

ШІ виконує багато функцій у медицині: від допомоги у прийнятті рішень до повної автоматизації операцій. Наприклад, інструменти обробки великих обсягів даних використовуються для аналізу історій хвороби пацієнтів, що дозволяє створювати індивідуальні плани лікування [2, с. 160]. Водночас такі нововведення порушують етичні питання щодо ролі лікаря, оскільки ШІ може обмежувати можливість емоційного контакту між лікарем та пацієнтом, який, наскільки нам відомо, є дуже важливим аспектом у побудові довіри і створенні правильного курсу лікування.

Застосування ШІ у медицині для обробки великої кількості персональних даних пацієнтів також підвищує ризик порушення конфіденційності. Одним із ключових аспектів є довіра пацієнтів. На думку П. Есмаїлзаде, впровадження систем ШІ вимагає від пацієнтів відчуття безпеки під час обміну своїми медичними даними, а тому прозорість політик конфіденційності й зручність використання інформаційних систем відіграють ключову роль [3, с. 373]. Без довіри пацієнтів ШІ не зможе повноцінно інтегруватися в медичну практику. Тому необхідне чітке регулювання та етичні норми для захисту персональних даних пацієнтів.

Прозорість також є важливим елементом довіри пацієнтів до технологій. Як зазначають Г. Каріміян, Е. Петелос, С. Еверс, медичні працівники та пацієнти повинні розуміти, як алгоритми обробляють інформацію і на основі чого надають рекомендації, щоб бути впевненими у надійному захисті персональних даних [4, с. 542]. Відкритість щодо функціонування алгоритму може допомогти пацієнтам краще розуміти, як приймаються медичні рішення, і зменшити ризик упередженості, а також побудувати довіру до сучасних технологій. Якщо ж прозорість та розуміння не закладати в сонову інтеграції ШІ в медичну практику, то може виникнути ризик страху у пацієнтів, щодо використання допоміжних систем лікування. Це питання стає особливо важливим у медичній сфері, де обробляється чутлива інформація, і кожне рішення може мати серйозні наслідки для здоров'я пацієнта.

Упередженість до ШІ може виникати через нерепрезентативні дані. Наприклад, недостатня представленість певних етнічних груп у наборі даних може призводити до менш точних діагностичних рішень для цих груп. З. Обермайер, Б. Пауерс, К. Фогелі, С. Муллайнатан підкреслюють, що “алгоритми можуть мати вбудовані упередження, що призводять до нерівності в наданні медичних послуг. Це вимагає ретельного тестування та коригування технологій ШІ перед їх використанням, щоб уникнути несправедливості в системі охорони здоров'я” [5, с. 450].

Водночас, хоча ШІ здатний підвищити ефективність медичної допомоги, збереження гуманістичного підходу є ключовим фактором. Е. Тополь наголошує на необхідності залишити медицину “людяною”, забезпечуючи індивідуальний підхід до пацієнтів і не підміняючи моральні цінності [1]. ШІ покликаний допомогти лікарям, а не замінити їх у прийнятті рішень, що вимагають співчуття та морального судження.

Тут постає ще одне важливе питання: коли ШІ приймає рішення, хто нестиме відповідальність за можливі помилки? Це питання досі залишається відкритим, але дослідниця О. Россильна вказує на необхідність законодавчого закріплення відповідальності за використання медичних технологій ШІ [6, с. 158]. Недосконалість правових норм може негативно вплинути на права пацієнтів і знизити довіру до медичних систем, що використовують ШІ.

Етична відповідальність медичних працівників залишається важливою навіть із розвитком технологій. Лікарі повинні критично оцінювати рекомендації ШІ, особливо у випадках, що потребують індивідуального підходу та обережного осмислення етичних аспектів. Лікарі зобов'язані дотримуватися етичних принципів, таких як благодійність і не шкідливість, у своїй практиці. Аналогічні етичні стандарти, як слушно зауважують сучасні дослідники даної проблеми, повинні застосовуватися і до ШІ [7].

Крім того, ШІ може змінити традиційні взаємини між лікарем і пацієнтом. Зокрема М. Ескерда, Ф. Піфарре-Ескерда відзначають, що пацієнти можуть почати більше довіряти технології, ніж медичним працівникам, що може призвести до втрати людяного зв'язку, зниження рівня довіри до лікарів та зростання залежності від алгоритмів [7, с. 46]. Таким чином, у процесі впровадження ШІ необхідно зберігати роль лікаря як основного носія знань та авторитетного джерела підтримки для пацієнтів.

Етичні виклики використання ШІ в медицині є значними, але вони можуть бути подолані за допомогою належного регулювання та впровадження чітких етичних стандартів. Розробка та дотримання цих стандартів є необхідними для збереження довіри суспільства до технологій, забезпечення прозорості, відповідальності та надання високоякісної медичної допомоги.

Таким чином, хоча штучний інтелект має великий потенціал для поліпшення медичних послуг, його етичне використання потребує відповідального підходу. Забезпечення збереження довіри пацієнтів, справедливості та прозорості технологій, людяного підходу та етичної відповідальності лікарів зробить ШІ справді корисним інструментом для медичної галузі.

Література:

1. Topol, E. (2019), *Deep medicine: how artificial intelligence can make healthcare human again*, Basic Books, NY, 400 p.
2. Князькова, В. Я., Криленко, В. І. (2024), "Специфіка застосування штучного інтелекту в медицині в контексті інновацій та загроз", *Сучасні напрями змін в управлінні охороною здоров'я: модернізація, якість, комунікація*: Міжнародна наукова конференція, 31 травня 2024 року, м. Одеса. Liha-Pres, Львів – Торунь, с. 159-162.
3. Esmailzadeh, P. (2019), "The Process of Building Patient Trust in Health Information Exchange (HIE): The Impacts of Perceived Benefits, Perceived Transparency of Privacy Policy, and Familiarity", *Communications of the Association for Information Systems*, Vol. 7. Is. 4. Pp. 364-396.
4. Karimian, G., Petelos, E., Evers S. (2022), "The ethical issues of the application of artificial intelligence in healthcare: a systematic scoping review", *AI and Ethics*, Vol. 2. Pp. 539-551.
5. Obermeyer, Z., Powers, B., Vogeli, C., Mullainathan, S. (2019), "Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations", *Science*, Vol. 366. Is. 6464. Pp. 447-453.
6. Россильна, О. (2022), "Правові засади застосування штучного інтелекту у правовідносинах у сфері персоналізованої медицини", *Юридичний вісник*, №2, с. 156-162.
7. Esquerda, M., Pifarre-Esquerda, F. (2024), "Artificial intelligence in medicine: Ethical, deontological aspects and the impact on the doctor-patient relationship", *Medicina Clínica* (English Edition), Vol. 163. Is. 3. Pp. 44-48.

Іванова М. В.,

НМУ імені О. О. Богомольця,
ivanova.marina13213@gmail.com

Науковий керівник:

д. філос. н., проф. Васильєва І. В.,
завідувач кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ ім. О. О. Богомольця

МЕДИЧНА ДЕОНТОЛОГІЯ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ: ЕТИЧНІ АСПЕКТИ АДАПТАЦІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ

Вступ. У сучасних реаліях, коли Україна переживає повномасштабну війну, проблема переосмислення засад медичної етики та деонтології набуває особливої актуальності. Біоетика має реагувати на виклики часу не шляхом абстрактних міркувань, а через ситуаційний аналіз реальних моральних практик у сфері охорони здоров'я.

Це важливо не лише на теоретичному рівні, а й у практичному контексті, зокрема в умовах екстремальних ситуацій, таких як війна. Під час війни,

коли медичні ресурси обмежені, етичні принципи, що використовуються в звичайних умовах, можуть потребувати коригування, і виникають нові питання морального вибору.

Актуальність. Під час військових конфліктів, зокрема в Україні, медична деонтологія набуває нового виміру. Кожен медичний працівник опиняється перед важкими моральними дилемами, оскільки обмеження ресурсів та важкість ситуацій змушують приймати рішення, що часто суперечать звичним етичним стандартам. Зокрема, коли виникає необхідність у медичному сортуванні, лікарі мають визначати пріоритети надання допомоги, орієнтуючись на тяжкість поранень і ймовірність евакуації. За таких обставин змінюються підходи до застосування базових біоетичних принципів – автономії, справедливості, інформованої згоди, конфіденційності, благодіяння та недопущення шкоди.

Мета та завдання дослідження: розкрити основні етичні та медичні проблеми, що виникають при лікуванні та реабілітації військових у зоні надзвичайних ситуацій, а також дослідити соціальну інтеграцію таких пацієнтів.

В умовах збройного конфлікту медична деонтологія потребує нових підходів, здатних врахувати етичні дилеми, що постають у щоденній практиці військових медиків. Особливої уваги заслуговує не лише процес надання допомоги, але й подальша реабілітація, психологічна підтримка та соціальна інтеграція військовослужбовців, які втратили кінцівки. Це складна етична та гуманітарна проблема, яка потребує комплексного міждисциплінарного підходу.

Біоетичні виклики виникають не лише у ставленні до цивільних пацієнтів, а й у роботі з комбатантами [1]. Медичні працівники змушені самостійно ухвалювати остаточні рішення щодо обсягу та характеру медичної допомоги, можливості лікування чи евакуації. Водночас принцип конфіденційності часто порушується, оскільки забезпечити повну приватність медичної інформації в бойових умовах практично неможливо. Принцип автономії пацієнта, який передбачає право на прийняття рішень щодо власного тіла та лікування, у таких випадках нерідко стає обмеженим або зовсім недосяжним. Пацієнт може бути у стані свідомості, який не дозволяє надати інформовану згоду, або ж взагалі перебувати в непритомному стані, і тоді рішення змушені приймати медики чи командування (в умовах військових дій). Водночас саме в таких екстремальних ситуаціях найбільше актуалізується принцип благодіяння – діяти в найкращих інтересах хворого, навіть коли його власна думка не може бути врахована в момент надання допомоги.

Також виникають складні дилеми, пов'язані з принципом справедливості – справедливого розподілу медичних ресурсів. У ситуаціях масових уражень лікар змушений ухвалювати рішення, хто потребує допомоги першочергово, а кому її доведеться чекати, іноді навіть із ризиком для життя. Це емоційно складний вибір, який має не лише клінічний, а й моральний вимір, оскільки стосується гідності кожної особи.

Не менш важливим залишається принцип недопущення шкоди, адже у випадках важких травм завжди існує ризик медичних помилок, або ж необхідність приймати рішення в умовах невизначеності, коли вибір між

життям та втратою кінцівки – це питання хвилин. Окрему увагу слід приділяти питанням збереження приватності пацієнта, яка також часто порушується в екстрених умовах, коли огляд, роздягнення чи втручання відбуваються без дотримання стандартів інтимності.

Лікування важкотравмованих пацієнтів вимагає від медичних працівників не лише знань і вмінь, а й стійких етичних орієнтирів, здатності діяти гуманно в екстремальних обставинах, зберігаючи повагу до життя, гідності та людяності навіть там, де панує біль, невизначеність і часова обмеженість.

За період повномасштабної війни в Україні тисячі військовослужбовців отримали тяжкі тілесні ушкодження, зокрема ампутації кінцівок. За офіційними оцінками, понад 50 тисяч осіб зазнали ампутацій, з яких близько 20 тисяч потребують тривалого протезування та реабілітації [2]. Унаслідок цього ветерани з протезами стають дедалі більш помітною частиною нашого соціального простору, і суспільство мусить адаптуватися до цього як до нової норми. Водночас адаптація має відбуватися не лише на фізичному рівні, а й на рівні міжособистісної комунікації, психологічної підтримки та етичного ставлення до таких осіб.

Окрім тілесної травми, значну загрозу становлять і психоемоційні наслідки воєнного досвіду. Практичні психологи, які працюють з ветеранами, відзначають поширені прояви травматичних психічних розладів, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожних і депресивних станів, дисоціативних симптомів та суїцидальних думок. За даними DSM-5 [5], до 80% осіб із ПТСР мають супутні психічні діагнози, що суттєво впливають на якість життя, міжособистісні стосунки, здатність до соціальної адаптації та повернення до цивільного життя. У багатьох випадках ці розлади можуть призвести до хронічної інвалідизації та глибокої психологічної ізоляції.

Втім, у психотравмі присутній і потенціал посттравматичного зростання – феномену, за якого особа, подолавши важке випробування, формує нове бачення себе, світу й сенсу життя. Цей процес потребує кваліфікованої психологічної підтримки, системної реабілітації та делікатної соціальної взаємодії, де важливе місце займає етична чутливість і розуміння меж особистого простору ветерана.

Взаємодія суспільства з людьми, які втратили кінцівки внаслідок війни, є ключовим фактором у їх адаптації, психологічному відновленні та успішній соціальній інтеграції. Саме ставлення оточення – родини, друзів, колег, пересічних громадян – може стати або підтримкою, або, навпаки, джерелом ізоляції й травматизації [4]. Тому вкрай важливо дотримуватися етично коректної поведінки й мати базове розуміння того, як правильно спілкуватися з людьми, які пережили ампутацію та отримали статус інваліда внаслідок бойових дій. У спілкуванні з особами, які пережили травму, важливо дотримуватися принципів етичної комунікації. Повага до гідності, небажання нав'язувати теми, які можуть бути болючими, відкритість до діалогу без осуду чи оцінок – усе це формує середовище, де ветеран не відчуває себе ізольованим. Запитання на кшталт “Як ти сьогодні?” замість прямих згадок про бойовий досвід можуть допомогти збудувати довіру. Якщо ж ветеран сам відкривається до розмови про війну, варто не “переконувати”, а просто

слухати, визнаючи його досвід як значущий: “Я бачу, що це справді було важко”, “Дякую, що поділився цим” [3].

Якщо людина сама виявить бажання поділитися своїм досвідом, її слід уважно вислухати, не засуджуючи, не даючи порад, якщо про них не просять, і не намагаючись змінити тему. Головне – дати відчувати, що її чують і що її досвід має значення.

Суспільству варто рухатися від співчуття до солідарності – створювати доступне середовище, підтримувати ветеранські ініціативи, включати таких людей у робочі колективи, спортивні заходи, громадські проекти. Інклюзія – це не лише пандуси, це передусім людське ставлення, що ґрунтується на етичних нормах гідності, поваги, толерантності.

Зрештою, зміна суспільного сприйняття ветеранів з інвалідністю є критично важливою для того, щоб такі люди не відчували себе “іншими” чи “зайвими”, а могли реалізовувати себе в нових життєвих ролях, зберігаючи гідність, віру в себе та можливість повноцінного життя.

У біоетичному контексті це означає переосмислення принципів благодіяння, автономії та гідності, які мають застосовуватись не лише у процесі лікування, а й у процесі комунікації та соціальної інтеграції осіб з воєнним досвідом. Зокрема, суспільство повинне створювати такі умови, де ветеран не відчуває себе “іншим” або “ущербним”, а отримує підтримку, що базується на розумінні його внутрішньої сили та здатності адаптуватися до нової реальності.

Висновок. Медична деонтологія у контексті реабілітації комбатанти є не лише професійною етикою медичного працівника, але й важливим суспільним орієнтиром у ставленні до тих, хто постраждав внаслідок війни. Військові, які отримали інвалідність, потребують не тільки якісної медичної допомоги та фізичної реабілітації, а й чутливого, гідного і поважного ставлення з боку медичних працівників, держави та суспільства. У ході аналізу було встановлено, що за умов воєнного конфлікту деякі етичні принципи, такі як автономія пацієнта, справедливості чи збереження конфіденційності, можуть опинитися під загрозою через обставини, в яких приймаються медичні рішення. Проте навіть у таких складних умовах лікар має залишатися вірним гуманістичним і професійним цінностям.

Рекомендується розробити національні стандарти деонтологічної практики щодо лікування та спілкування з пораненими військовими, впроваджувати освітні програми для медичних працівників з акцентом на етику воєнного часу, а також посилювати державну підтримку психологічної реабілітації ветеранів. Повага до людини, її внутрішнього досвіду та тілесного становища повинна бути фундаментом медичної практики, навіть у найскладніших умовах. Лише у такому випадку реабілітація буде повноцінною – як фізичною, так і моральною.

Література:

1. Добридень, О. В., & Колдунов, Я. В. (2024). Біоетика у реаліях війни. У Збірнику матеріалів кафедри суспільних дисциплін та кафедри дитячих хвороб.

2. Гнатюк, О. В. (2022). Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям. Методичний посібник. Київ: ДНДІ МВС України.
3. Освітній серіал “Люди з досвідом війни. Гідність. Взаємодія”. (2023). Як спілкуватися з ветеранами. HowAreU.
4. Правозахисний центр “Принцип”. (2024). Реабілітація українських військових та ветеранів: досвід долаття несистемності. Київ: Міжнародний фонд “Відродження”.
5. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Retrieved from <https://archive.org/details/APA-DSM-5>

Коршунова М. І.,

НМУ імені О. О. Богомольця,
korshunovamilenaa@gmail.com

Науковий керівник:

Нечушкіна О. В.,
 старший викладач кафедри філософії, біоетики та історії медицини
 НМУ імені О. О. Богомольця

ХАРАСМЕНТ В МЕДИЧНИХ ЗВО: ПЕРСПЕКТИВИ ЕМПІРИЧНИХ СОЦІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Сучасний освітній простір покликаний бути не лише джерелом знань, а й безпечним середовищем для професійного та особистісного розвитку студента. Сексуалізовані коментарі, небажані доторки, недоречні жарти чи владне використання авторитету в особистих інтересах – ці форми поведінки, які залишаючись безкарними, здатні сформувати токсичну культуру замовчування та підривають довіру до академічного середовища.

Особливо гостро ця проблема постає в медичних закладах, де ієрархічна структура, патерналістський підхід та менталітет “старшого колеги” можуть маскувати порушення меж особистої гідності студентів. Через складність доведення, страх наслідків, відсутність чітких інституційних механізмів захисту студенти часто не наважуються відкрито заявити про досвід морального чи психологічного тиску. Це може створювати системну тишу навколо ситуацій, які потребують не толерування, а чіткої етичної та адміністративної реакції.

Хоча важливо зазначити, що в рамках ст. 53 Закону України “Про освіту” [4], здобувачі освіти мають право, зокрема, на: повагу людської гідності; захист під час освітнього процесу від приниження честі та гідності, будь-яких форм насильства та експлуатації, булінгу, дискримінації за будь-якими ознаками. З іншого боку ст. 54 Закону України “Про освіту” захищає аналогічні права педагогічних, науково-педагогічних та наукових працівників. Проте явище освітнього харасменту все одно існує в сучасному світі [1].

Освітній харасмент – поведінка учасника освітнього процесу, спрямована

на іншого учасника освітнього процесу, яка переслідує, залякує, принижує або створює небажану ситуацію в конкретному освітньому чи позаосвітньому контексті. [2].

Прояви харасменту в закладах вищої освіти можуть існувати в рамках кількох систем:

1) “викладач – здобувач освіти”: стосунки між дорослими наповнені негативними зауваженнями з приводу зовнішності, принизливими зауваженнями з приводу інтелектуальних здібностей, а компліменти принизливі. Особу піддають сексуальним домаганням і маніпулюють тим, що вона може “провалити” іспити.

2) “здобувач освіти-здобувач освіти”: сексуальні домагання включають вимогу до незайманих дівчат вступати в інтимні стосунки за примхою лідерів групи. Акти домагань включають образливі висловлювання, свист, “замикання жертви в кутку кімнати”, настроювання однолітків проти жертви і глузування. Дівчата зазнають психологічного тиску, більшість із них під впливом сторонніх змушують приєднатися до так званої “зграї” та отримати статус “своїх”. Ті, хто не підкоряється вимогам та не вступають в інтимні стосунки, зазнають тиску, що поступово переростає в цькування, булінг [3, с. 113].

Метою пілотного дослідження є опис перспектив застосування кількісних соціологічних методів збору, обробки та аналізу інформації для вивчення проблеми харасменту “викладач-здобувач освіти” в медичних ЗВО.

Методи та матеріали: Об’єктом пілотного емпіричного дослідження виступили здобувачі та здобувачки вищої медичної освіти денної форми навчання НМУ імені О.О. Богомольця (n=160). Вибіркова сукупність не є репрезентативною для всіх студентів НМУ імені О.О.Богомольця

Метод збору інформації – on-line анкетування (польовий етап – квітень-травень 2025 року). Обробка інформації здійснювалася за допомогою пакету обробки статистичних даних IBM SPSS Statistics.

Вивчення такої проблеми як прояви харасменту з боку викладача до здобувача освіти за допомогою соціологічних методів пов’язано з рядом викликів.

Делікатність досліджуваної теми ставить перед дослідником питання щодо щирості респондентів та обґрунтування методів дослідження. Виходячи з особливостей проблеми, що вивчається, досить інформативними можуть виявитися глибинні інтерв’ю. Адже застосування якісних методів збору, обробки та аналізу інформації дозволить виявити загальну картину такого явища як харасмент, концептуалізувати та інтерпретувати його. Крім того вільна бесіда дослідника з респондентом сприяє встановленню сприятливої ситуації для більш щирих відповідей на делікатні, а, можливо, і травмуючі питання, пов’язані з небажаною поведінкою сексуального характеру.

Проте для виявлення системних проблем у захисті прав студентів необхідно вивчати поширеність такого явища як харасмет та виявляти ризики небажаної поведінки сексуального характеру з боку викладачів, доцільно застосовувати кількісні методи.

Для проведення пілотного on-line опитування була розроблена анкета, яка переважно містила закриті та напівзакриті питання.

В анкетуванні взяли участь 160 студентів НМУ імені О.О.Богомольця, переважна більшість з яких жінки (80,7%) чоловіків – 19,3%. Більше половини респондентів (58,8 %) – студенти 2 курсу, 20,6% респондентів навчаються на 5 курсі, здобувачів освіти 1 курсу, які взяли участь в опитування – 8,8%, студентів 3 курсу – 5,6% та по 3,1% респондентів 4 та 6 курсів.

Респондентам було запропоновано питання про факт зіткнення з небажаною поведінкою викладача/ки або його/її висловлюваннями сексуального характеру. Більше половини респондентів (60,9%) зазначили, що не стикалися з таким явище, проте 36,0% повідомили про зіткнення з такими негативними проявами, а 3,1% відмовилися від відповіді. Двоє з респондентів, які відмовилися від відповіді на пряме питання щодо харасменту, відповіли на питання “Якщо на попереднє запитання Ви відповіли “так”, вкажіть які саме форми залицянь або недоречних дій ви спостерігали?”, ці дві відповіді були враховані під час аналізу форм прояву харасменту (див. Табл.1)

Таблиця 1

Прояви харасменту

	% від кількості респондентів, які відповіли на запитання (N= 137)	% від кількості респондентів, які стикалися з проявами харасменту (N= 59)
Невідповідні коментарі щодо зовнішності, одягу	26,3	60,1
Особисті запрошення (зустрітися поза межами університету, індивідуальні консультації)	4,4	10,2
Небажані дотики, обійми	4,4	10,2
Невербальні сигнали (підморгування, недоречна усмішка)	3,6	8,5
Інше	4,4	10,2
Не стикався	56,9	-

Переважна більшість респондентів (60,1%), які не відповіли, що не стикалися з небажаною поведінкою викладача (викладачки) або його (її) висловлюваннями сексуального характеру, серед різних проявів харасменту зазначили невідповідні коментарі щодо зовнішності, одягу. Про особисті запрошення повідомили 10,2% опитаних, а ще 10,2% відзначили, що спостерігали небажані дотики та обійми. Серед інших проявів було зазначено і “Недоречні повідомлення та реакції в соціальній мережі”.

Висновки: За результатами пілотного дослідження здобувачі освіти серед різних форм харасменту найчастіше стикаються з коментарями щодо зовнішності, одягу. При проведенні опитувань громадської думки студентів щодо таких негативних проявів (застосування кількісних методів збору, обробки та аналізу інформації) доцільно більш детально визначати у

запропонованих варіантах відповідей небажані коментарі саме сексуального характеру, щоб відділити їх від сексистських висловлювань та інших форм дискримінації. Крім того, варто дослідити і прояви недоцільної уваги сексуального характеру з боку викладачів до студентів в соціальних мережах та месенджерів.

Для вивчення даної проблеми доцільно застосовувати комплексний підхід: комбінувати кількісні та якісні соціологічні методи для ґрунтовного дослідження різних форм прояву харасменту у медичних ЗВО.

Література:

1. Про освіту: Закон України. Редакція від 16.08.2024. Відомості Верховної Ради України. 2017. No 38–39. ст. 380. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text>
2. Мосейко А. Г. Проблеми харасменту у вищій освіті та засоби протидії. Матеріали III Всеукраїнського форуму ВМПЗ ДГУ. 2022. С. 26-29
3. Корсунська В. В. Харасмент в освітніх закладах. Матеріали II Всеукраїнського форуму “Соціально-психологічні та правові аспекти протидії насиллю в освітніх закладах”. 2021. С. 111–115.
4. Про освіту: Закон України. Редакція від 06.06.2024. Відомості Верховної Ради України – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text>

**Корчак Я. Ю., Котельницький М. С.,
Мішкурова В. Є.,**

НМУ імені О. О. Богомольця,
*email.kyy@gmail.com, max.kotelnitskiy2007@gmail.com,
michkourovaviktore@gmail.com*

Науковий керівник:

Нечушкіна О. В.,
старший викладач кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О.О.Богомольця

ЩОДО ПИТАННЯ ЧИННИКІВ ВПЛИВУ НА ВИБІР СПЕЦІАЛЬНОСТІ ЗДОБУВАЧАМИ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ: СОЦІОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ

За останні роки медицина в Україні зазнала чималих змін, пов'язаних з розвитком сучасних технологій і потребою в спеціалістах, що будуть вміти ними користуватись; воєнним станом і потребою в медичних працівниках на фронті; зміною умов розподілу на етапі післядипломної освіти. Ці сучасні тенденції змінюють не лише практичну сторону медицини, а й її теоретичні засади. Кожна інновація в медицині відкриває нові горизонти для наукового пізнання, змінюючи уявлення про межі медичної практики та потребу в

нових спеціальностях. Вивчення запитів роботодавців в сфері медицини та дослідження уявлень здобувачів вищої медичної освіти є важливими завданнями для спеціалістів з менеджменту системи охорони здоров'я. Використання соціологічних методів збору, обробки та аналізу інформації надасть можливість зрозуміти явища та процеси, які вивчають (якісні методи) і надати кількісну оцінку цим явищам (кількісні методи). Все більше сучасних емпіричних досліджень в соціології проводять за допомогою "змішування" методів [1].

Мета дослідження полягає у виявленні значущості чинників, що впливають на вибір спеціальності на етапі післядипломної освіти та окреслення перспективи застосування кількісних методів збору, обробки та аналізу інформації в контексті комплексного вивчення питання спеціалізації на етапі післядипломної медичної освіти. Задля її досягнення необхідно виконати такі **завдання**:

1. Провести пілотне анкетування студентів медичного закладу вищої освіти.

2. Виявити тенденції в оцінці значущості чинників, які впливають на вибір спеціальності випускників закладів вищої медичної освіти та обґрунтувати використання кількісних соціологічних методів для дослідження питання спеціалізації майбутніх лікарів на післядипломному етапі підготовки.

Методи та матеріали: Об'єктом пілотного емпіричного дослідження виступили вітчизняні здобувачі вищої медичної освіти денної форми навчання НМУ імені О.О.Богомольця ($n=61$). Вибіркова сукупність не є репрезентативною для всіх студентів НМУ імені О.О.Богомольця. Метод збору інформації – online анкетування (польовий етап – квітень – травень 2025 року).

Результати:

В опитуванні взяли участь 61 респондент ($n=61$), серед них 62,3% жінок та 37,7% чоловіків у віці від 17 до 26 років. З них 54,2% у віці від 17 до 21 року та 45,8% у віці від 22 до 26. Серед опитаних 27,87% були студентами 1 курсу, 4,92% – 2 курсу, 1,64% – 3 курсу, 21,31% – 4 курсу, 21,31% – 5 курсу, 22,95% – 6 курсу.

У 52,46% респондентів немає знайомих, які працюють у сфері охорони здоров'я, натомість у 47,54% є такі знайомі.

Респондентам було запропоновано оцінити стан медичної освіти в Україні. Тим, хто оцінив стан як "поганий" або "дуже поганий" (19,7% та 9,8% відповідно) було поставлене відкрите питання щодо причин такої оцінки. Більшість респондентів (42,6%) не визначилися з оцінкою стану медичної освіти в Україні, при цьому жоден з респондентів не задоволений станом освіти повністю. Серед причин невдоволення станом освіти в Україні були названі несправедливість оцінювання, нововведення в розподілі на інтернатуру (особливо недостатня кількість бюджетних місць і неможливість проходити контрактну інтернатуру для студентів бюджетної форми навчання), недостатнє оснащення університетів в Україні та переважаність навчальної програми.

Серед респондентів 73,77% визначилися з напрямком інтернатури, отже для виявлення основних чинників, що впливають на вибір майбутньої спеціалізації було проаналізовано відповіді саме цих 45 здобувачів освіти.

При відповіді на відкрите питання “ Якщо Ви визначились з інтернатурою, вкажіть, будь ласка, обраний Вами напрямок” більшість опитаних майбутніх лікарів зазначили такі бажані напрямки спеціалізації як “Хірургія” (24,5 %) та “Анестезіологія та інтенсивна терапія” (20%). Також опитані здобувачі медичної освіти відмітили спеціальності “Акушерство та гінекологія” (8,9%), “Дитяча хірургія” (6,7%), “Медична психологія” (6,7%), “Неврологія” (4,45%), “Отоларингологія” (4,45%), “Патологічна анатомія” (4,45%). По одному респонденту обрали спеціальності “Внутрішні хвороби” (2,2%), “Дерматовенерологія” (2,2%), “Медицина невідкладних станів” (2,2%), “Ортопедія і травматологія” (2,2%), “Офтальмологія” (4,45%), “Судово-медична експертиза” (2,2%), “Фізична та реабілітаційна медицина” (2,2%).

При проведенні анкетування респондентам було запропоновано оцінити значущість різних чинників за шкалою від 1 до 5, при умові, що 1 – зовсім неважливий, 5 – дуже важливий.

Таблиця 1. Оцінка здобувачами вищої медичної освіти важливості чинників при виборі спеціалізації (n=45)

Чинник впливу	Оцінка важливості, %				
	“1”	“2”	“3”	“4”	“5”
Заробітна плата	6,6	0,0	20,0	33,3	40,0
Престиж спеціальності	4,4	2,2	26,7	29	37,8
Можливість розвитку	2,2	8,8	28,8	28,8	31,1
Робочі ризики (зараження ВІЛ, гепатитом тощо)	11,1	48,9	17,8	11,1	11,1
Кількість вільних місць на спеціальність в інтернатурі	8,9	20	26,7	28,9	15,6
Власне бажання	2,2	2,2	6,7	24,4	64,4
Тривалість і складність навчання	4,4	17,8	48,9	17,8	11,1
Можливість роботи за кордоном	2,2	8,9	13,3	28,9	46,7
Робочий графік	4,4	8,9	24,4	33,3	28,9
Бажання спілкування з пацієнтами	17,8	28,9	8,9	24,4	20,0
Оснащеність лікарень та робочих місць	0,0	20,0	22,2	26,7	31,1

Більше половини респондентів (64,4%) назвали власне бажання дуже важливим чинником при виборі спеціальності в інтернатурі (Див. Табл. 1). Можливість роботи за кордоном є визначальним фактором для 46,7% опитаних, які визначилися з майбутньою спеціалізацією в інтернатурі. Також для значної кількості студентів (40,0 %) визначальним фактором є заробітна плата. Найменш значущий чинник, що впливає на вибір спеціальності на етапі післядипломної підготовки – робочі ризики (зараження ВІЛ, гепатитом тощо): 11,1 % опитаних вважають його зовсім неважливим, ще 48,9% радше неважливим. Бажання спілкування з пацієнтами є скоріше неважливим при виборі спеціальності в інтернатурі для 28,9% респондентів, зовсім неважливим цей чинник вважають 17,8%.

Бажання отримати омріяну спеціальність, як визначальний чинник при виборі напряму підготовки на післядипломному етапі медичної освіти, актуалізує дослідження дотримання принципу справедливості при розподілі випускників медичних ЗВО на навчання в інтернатурі. Адже самоактуалізація лікарів в професійній діяльності завдяки роботі за бажаною спеціальністю сприятиме оптимальному функціонуванню соціального інституту медицини та охорони здоров'я.

Література:

1. Giddens A., Sutton F.W. Essential Concept in Sociology. – URL: <http://fssh.rjt.ac.lk/wp-content/uploads/2023/09/Essential-Concepts-in-Sociology-PDFDrive-.pdf>

Кузьменко І. А.,

НМУ імені О. О. Богомольця,
iryna.kuzmenko05@gmail.com

Науковий керівник:

д. філос. н., проф. Шевченко С. Л.,
професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ІНТУЇЦІЯ ЯК СКЛАДОВА НАВИЧОК ПСИХОТЕРАПЕВТА

Будь-яка галузь медицини, зокрема психотерапія, потребує володіння інтуїтивними навичками. У своїй практичній діяльності лікар часто стикається із нестачею даних для встановлення діагнозу пацієнта. У таких ситуаціях інтуїція є ключем до успіху.

Інтуїція – здатність людини мисленнєво оцінювати ситуацію без використання логічного аналізу. Ця навичка дозволяє людині одразу ухвалити певне рішення, ґрунтуючись на власному емпіричному досвіді. За А. Бергсоном інтуїція розглядається як своєрідний різновид інстинкту, за З. Фройдом – першопринцип творчості. Ознаки, якими вона володіє: несподіваність, раптовість та досить поширений характер [1].

Такі мислителі як Платон, Арістотель, Р. Декарт, Дж. Локк, Г. В. Лейбніц, І. Кант, Ф. Шеллінг, А. Бергсон, А. Шопенгауер, К. Г. Юнг приділили чималу частину свого життя вивченню інтуїції. Р. Акофф, Ф. Емері, А. Є. Шерозія, А. А. Налчаджян вивчали природу інтуїції з психологічної точки зору [2].

Арістотель доводив, що “інтуїція підтримує логіку. Логічний розум актуалізується інтуїтивним мисленням”. І. Кант вважав, що “інтуїція ніколи не підводить того, хто до всього готовий”.

Основоположник інтуїтивізму А. Бергсон у своїй праці “Вступ до метафізики” визначає інтуїцію як вид “інтелектуальної симпатії”, яка допомагає проникнути “углиб” предметів [3]. Представник філософії життя А. Шопенгауер наголошував на тому, що “в нас існує щось більш мудре, ніж голова. Саме у важливі моменти свого життя ми керуємося не стільки

ясним розумінням того, що треба робити, скільки внутрішнім імпульсом, який виходить із самої глибини нашого єства” [цит. за: 4].

Особливе місце відводиться інтуїції в психології та психотерапії. Адже психотерапія є процесом лікування наявних психологічних проблем у людини за допомогою спеціальних технік, які, на наш погляд, мають включати і інтуїцію. Лікар-психотерапевт завдяки індивідуальному підходу допомагає пацієнту із подоланням конкретних проблем, що призводить до покращення загального самопочуття хворого [5]. Засадничий фундамент розрізнення психологічних типів згідно К. Г. Юнга формували чотири функції свідомості: мислення, відчуття, чуття та інтуїція. Останню К. Г. Юнг інтерпретував як несвідомий, первинний спосіб сприйняття.

Р. Акофф і Ф. Емері в праці “Про цілеспрямовані системи” стверджують, що інтуїція – це неусвідомлений висновок. А. Шерозія вважав, що “особистість повинна і здатна підкорити собі природу, а її свідомість певною мірою повинна і здатна підкорити собі несвідоме” [6].

А. А. Налчаджян доводить, “що інтуїцію можна з повним правом назвати інтелектуальною емоційністю або емоційною інтелектуальністю” [цит. за: 7]. “Він показав, – як зауважує Н. Давкуш, – що не тільки визнання реальності інтуїції не суперечить учінню про сутність суб’єктивної реальності, але й своє справді наукове обґрунтування інтуїція може отримати саме в цьому вченні. Під інтуїцією він розуміє прояв активності підсвідомої сфери психіки, поява у фокусі свідомості якої раніше перебувала поза тих чи інших елементів суб’єктивної реальності” [7, с. 73].

Психологи й психотерапевти сучасної доби наголошують на важливості інтуїції як складової інтелекту людини. Зокрема Герд Гігеренцер, психолог з Інституту розвитку людини в Берліні, визначає інтуїцію як форму несвідомого інтелекту, яка необхідна так само, як і свідомий інтелект. А тому під час складних (межевих) ситуацій інтуїція часто виступає вирішальним фактором для швидкого реагування [8].

Сучасному лікарю необхідно розуміти власну інтуїцію та дослухатися до неї. Пліч-о-пліч з інтуїтивними навиками стоїть підсвідомість. Під час огляду й подальшого лікування пацієнта відбувається взаємозв’язок між даними компонентами, що призводить до успішного результату [9].

Лікар-психотерапевт, як ніхто інший, має розвивати власне чуття. Робота з пацієнтами, які мають певні психічні захворювання часто вимагає від лікаря володіння інтуїтивними навичками задля більш якісної та ефективної роботи. Працівникам цієї галузі варто дослухатися до внутрішніх відчуттів, які, зазвичай, вказують на характер захворювання пацієнта. Під час комунікації з хворим психотерапевт заглиблюється в його особистість, уточнює різноманітні деталі з життя. Саме інтуїція дозволяє безпомилково оцінити стан пацієнта і розробити відповідне лікування [10].

Інтуїція виступає також глибинним, цілісним способом осягнення буття, значення якого переосмислювали представники класичного екзистенціалізму (К. Ясперс у працях “Загальна психопатологія”, “Психологія світоглядів”) та антипсихіатрії (Р. Лейнґ у праці “Розділене Я. Екзистенціальне дослідження “нормальності” та божевілья”).

Отже, володіння інтуїцією є важливою навичкою психотерапевта, яка розширює можливості як самого лікаря, так і забезпечує комфортні умови співпраці й результативне лікування для пацієнта. Мислителі минулого наголошують на провідній та вирішальній ролі інтуїції у житті людини, витлумачують цю навичку як первинний спосіб сприйняття межових ситуацій, в яких постає гостра необхідність миттєвого реагування. Філософи, психологи та психотерапевти зазначають, що інтуїція тісно пов'язана з логікою та має велике значення для раціоналізму. Зокрема, філософи вважають, що інтуїцію можна ототожнити з інтелектуальною емоційністю. Сучасні лікарі у галузі психотерапії підкреслюють рівність свідомого світосприйняття та інтуїції як несвідомого інтелекту, яка в свою чергу часто відіграє вирішальну роль у скрутних ситуаціях.

Література:

1. Філософія: підручник / В. С. Бліхар, М. М. Цимбалюк, Н. В. Гайворонюк, В. В. Левкулич, Б. Б. Шандра, В. Ю. Свищо. Вид. 2-ге, перероб. та доп. Ужгород: Вид-во УжНУ "Говерла", 2021. 440 с. – URL: https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/4251/1/Бліха_Філософія_підручник.pdf
2. Поліщук, О. П. (2003), "Інтуїтивне мислення", *Практична філософія*, №2, с. 37-44. – URL: <http://eprints.zu.edu.ua/8781/1/Документ1.pdf>
3. Бергсон А. (1913), Вступ до метафізики [пер. Є. Яворівський], Галицька Накладня Якова Оренштайна в Коломиї, Коломия, 80 с.
4. Поспєлова Т. В. Лідерство як воно є: інтуїтивне прийняття рішень. – URL: <https://vrkadry.rada.gov.ua/uploads/documents/30808.pdf>
5. "Що таке психотерапія?" – URL: <https://doc.ua/ua/news/articles/chto-takoe-psihoterapiya-i-zachem-ona-nuzhna>
6. Яценко Т. С., Галушко Л. Я., Євтушенко І. В. (2022), "Методологія ведення діалогу у глибинному пізнанні психіки", *Габітус*, Вип. 42., с. 232-244. – URL: <http://habitus.od.ua/journals/2022/42-2022/40.pdf>
7. Давкуш, Н. (2012), "Поняття "педагогічна інтуїція" у психолого-педагогічній літературі", *Витоки педагогічної майстерності*, Вип. 10, с. 70-76.
8. Морі, Є. (2020), "Щось мені підказує: розповідаємо всю правду про інтуїцію". – URL: <https://suspline.media/11734-sos-meni-pidkazue-rozповідаємо-vsju-pravdu-prointuiciu/>
9. Синергетичний підхід до проектування життєвого простору особистості: зб. наук. матеріалів III Міжнарод. наук.-практ. конф. (27-28 квітня 2023 р., м. Полтава). Полтава, 2023. 359 с. – URL: <https://repository.pdmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/d6481797-de36-4f7a-96d1-e2d037388eb5/content>
10. Чорна, І. М., Чорний, М. М. (2018), "Методологія застосування прийомів інтерв'ювання клієнта в психотерапії", *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова*, Серія 12: 83 Психологічні науки. Випуск 7(52), с. 82-89. – URL: https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/21465/Chornal_Chorny.pdf;jsessionid=F6B94C6F77164E71B6898966E4D61D3F?sequence=1

ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ В ЕМБРІОНАЛЬНІЙ СЕЛЕКЦІЇ: МЕЖА МІЖ МЕДИЧНОЮ НЕОБХІДНІСТЮ ТА “ГРОЮ З БОГОМ”?

Актуальність. Штучний інтелект стрімко входить у повсякденну практику медицини, зокрема – репродуктивної, відкриваючи нові можливості для вдосконалення методів діагностики та терапії безпліддя. Однією з найперспективніших сфер його застосування є впровадження алгоритмів машинного навчання для точного аналізу й вибору ембріонів. Такий підхід значно підвищує ймовірність успішного запліднення та настання вагітності. Попри всі переваги штучного інтелекту, його клінічне впровадження супроводжується низкою етичних викликів. Йдеться про питання прозорості алгоритмів, відповідальності за прийняті рішення, захисту персональних даних пацієнтів, збереження довіри між лікарем і пацієнтом, тощо. Тому актуальним стає не лише технічне вдосконалення, але й усвідомлення потреби у виробленні чітких етичних норм та підходів, які забезпечать безпечне, відповідальне та справедливе використання ШІ у сфері репродуктивної медицини.

Мета. З’ясувати, як новітні технології можуть допомогти підвищити шанси на успішну вагітність, і водночас не порушувати важливі моральні та етичні принципи. Звернути увагу на складні питання: де проходить межа між медично обґрунтованими діями і тими, що можуть бути сприйняті, як надмірне втручання в природу чи навіть як спроба “грати роль Бога”.

Матеріали й методи. Під час даного дослідження були проаналізовані наукові публікації та практичні кейси останніх років, присвячені клінічному використанню алгоритмів машинного навчання для ранжування ембріонів, міжнародні етичні кодекси, настанови ВООЗ, ESHRE (Європейського товариства репродукції людини та ембріології), а також офіційні документи щодо етики у використанні ШІ в медицині.

Результати. Сучасні дослідження, присвячені впровадженню штучного інтелекту в процеси відбору ембріонів, викликають значний ентузіазм. Алгоритми машинного навчання розглядаються як справжня “революція” у сфері репродуктивних технологій. Особлива увага приділяється потенціалу ШІ у вдосконаленні процедур відбору ембріонів, що є критичним чинником, який впливає на ризик невдалої імплантації та знижений рівень успішності запліднення *in vitro* (IVF) [1]. У поєднанні з іншими репродуктивними технологіями штучний інтелект відіграє ключову роль у подоланні проблем безпліддя. Його застосування у сфері репродуктивної медицини може не

лише підвищити ефективність лікування, а й оптимізувати тривалість та організацію процедур, що, своєю чергою, сприяє зменшенню емоційного та фінансового навантаження на пацієнтів, які проходять репродуктивне лікування [2]. Наразі процес відбору ембріонів ґрунтується на візуальному спостереженні за їх розвитком у культурі протягом певного часового проміжку, часто із застосуванням методики мікроскопії. Цей візуальний огляд розвитку ембріона збирає дані для прогнозування, наприклад, потенціалу імплантації кожного ембріона на основі морфологічних (наприклад, щільність клітин) і морфокінетичних особливостей (наприклад, терміни стадій розвитку) [3]. Загалом, використання штучного інтелекту у відборі ембріонів обіцяє підвищити успішність вагітності, зменшити рівень та покращити загальний рівень народжуваності. Однак використання штучного інтелекту в селекції ембріонів наразі стикається з деякими суттєвими обмеженнями.

Етичний аналіз використання штучного інтелекту для відбору ембріонів наразі залишається на початковому етапі розвитку. Виходячи з чотирьох основних принципів біомедичної етики – поваги до автономії, нешкідливості, доброзичливості та справедливості, Васілія Рольфес та співавтори окреслили чотири ключові напрями, у яких етична складова має стати невід’ємною частиною впровадження ШІ в репродуктивну медицину [4]. Дослідники наголошують на таких питаннях, як забезпечення інформованої згоди в контексті дослідницької етики, розподіл відповідальності та особливості комунікації між пацієнтом і лікарем, нерівний доступ до інноваційних репродуктивних технологій, а також підвищена вразливість пацієнтів із безпліддям щодо захисту їхньої автономії. Сіван Тамір пропонує розглянути, чи варто оцінювати процедури ЕКЗ із використанням штучного інтелекту за більш суворими етичними стандартами, ніж традиційне ЕКЗ, спираючись на чотири основні принципи біомедичної етики, доповнені окремими положеннями етики штучного інтелекту, зокрема принципом пояснюваності [5]. У свою чергу, Маркус Хенгшлегер у контексті селекції ембріонів за допомогою ШІ прогнозує, що поєднання штучного створення гамет та відбору ембріонів на основі ШІ започаткує “нову еру селекції ембріонів у репродуктивній медицині”, що матиме глибокі наслідки для нашого розуміння людського походження. Він наголошує на необхідності “глибокого етичного осмислення” з метою забезпечення користі як для пацієнтів, так і для медичних працівників [2].

Головне занепокоєння щодо ШІ полягає в тому, що його застосування може провокувати процеси дегуманізації відносин в медицині. Зрозуміло, що комп’ютерним алгоритмам не властиві психо-емоційна, моральна складові, вони не здатні ставитися до нас з увагою та повагою, на яку заслуговують люди. Як зазначає Саскінд, “...ставитися до людей лише як до даних у більшій алгоритмічній вправі означає ризикувати порушенням принципу, що кожна людина має значення. Коли ми стоїмо перед суддею, роботодавцем, офіцером умовно-дострокового звільнення чи іпотечним кредитором, ми хочемо, щоб нас бачили такими, ким ми є насправді, а не просто набором спільних рис” [6].

Отже, впровадження ШІ у сферу медицини викликає у фахівців та споживачів певні занепокоєння, які описуються термінами “нехтування

унікальністю” [7], відсутність шанобливого ставлення до людини тощо. Але виникає питання: чи відбувається “дегуманізація” у ставленні до ембріону в процесі відбору за допомогою ШІ? Дослідження цього питання потребує звернення до таких фундаментальних філософських та біоетичних проблем як моральний статус ембріона, критерії початку власне людського життя, до яких на сьогодні існують різні підходи, а також врахування специфіки ЕКЗ.

“Сьогодні спільною християнською позицією є визнання невід’ємної гідності та цінності людської істоти з моменту зачаття й включаючи всі наступні стадії її внутрішньоутробного розвитку. Варто відзначити, що формуванню цього підходу в християнстві сприяв розвиток науки, зокрема ембріології, генетики” [8]. Як відомо, початок онтогенезу людини пов’язується з зачаттям, тобто утворення одноклітинної істоти з новим, унікальним генотипом, яка починає власний життєвий цикл і має потенціал стати людиною за відповідних умов. Отже, з моменту зачаття людина набуває морального статусу, невідчужуваності її права на життя. Цей підхід, який відповідає традиційній медичній етиці знаходить сьогодні чимало прибічників серед науковців, представників не тільки релігійної, а й секулярної біоетики, достатньо повно представлений у Міжнародних і Національних етичних кодексах, документах. Відповідно до Етичного кодексу лікаря України, життя та здоров’я людини – головні фундаментальні цінності. Діяльність лікаря спрямована на їх збереження від моменту зачаття та вимагає від нього гуманного ставлення до людини ... [9]. У контексті цього підходу виникає питання щодо етичності застосування технології ЕКЗ, оскільки вона ґрунтується на багатозаплідненості, необхідності відбору, криоконсервації або знищенні ембріонів, які визначені непотрібними або невідповідними для імплантації.

Натомість, з позиції інших підходів (етичний градуалізм, лібералізм, утилітаристський тощо), використання ЕКЗ постає етично правомірним. Відповідно до підходів етичного градуалізму моральний статус розглядається в динаміці, зростанні права дитини на життя в процесі її внутрішньоутробного розвитку. Цей підхід корелюється з набуттям ненародженої людини правового захисту. В Україні та багатьох ін. країнах штучне переривання вагітності дозволено до 12 тижнів, тобто до завершення ембріонального періоду внутрішньоутробного розвитку. Застосування ЕКЗ принесло “суспільну користь”, оскільки надало можливість батьківства людям, для яких інші методи лікування безпліддя були неефективними. Свідчення визнання суспільного значення й ефективності цього методу стало нагородження одного із засновників ЕКЗ – Р. Едвардса Нобелівською премією з медицини у 2010 р., тобто через 32 роки після народження першої дитини за його допомогою.

Отже, використання ШІ в ембріональній селекції не робить цей процес менш “гуманним” порівняно з традиційним ЕКЗ. І люди, і ШІ приймають рішення, який ембріон перенести, а по суті знаходяться на межі “гри з Богом”, оскільки постають у ролі арбітра: кому жити, а кому припинити життя залежно від візуальних особливостей ембріона, які можна виявити під мікроскопом. Приймати серйозні рішення щодо людини лише на основі її візуальних особливостей було б неповагою, але цей процес неминучий у контексті відбору ембріонів, незалежно від того, виконується він людиною чи ШІ.

Висновок. Отже, завдяки здатності аналізувати великі обсяги даних і розпізнавати закономірності, недоступні традиційним методам, ШІ може стати цінним інструментом у прийнятті клінічних рішень. Водночас його застосування порушує низку глибоких етичних питань, які виходять за межі суто медичних міркувань і торкаються фундаментальних уявлень про мораль, відповідальність і межі людського втручання в природу. Необхідно чітко розмежовувати, де закінчується обґрунтована медична доцільність і починається ризик маніпуляції з життям на рівні, що може викликати суспільне несприйняття або моральну тривогу. У цьому контексті особливо важливим є формування нормативно-етичних рамок, які б забезпечували не лише технологічну безпеку, а й моральну прийнятність застосування ШІ в ембріології. Баланс між прогресом і відповідальністю має стати ключовим орієнтиром для подальшого розвитку цієї чутливої сфери медицини.

Література:

1. Medenica, S., Zivanovic, D., Batkoska, L., Marinelli, S., Basile, G., Perino, A., et al.: The future is coming: artificial intelligence in the treatment of infertility could improve assisted reproduction outcomes- the value of regulatory frameworks. *Diagnostics*, 2022 Nov 28;12(12): 2979. – URL: doi: 10.3390/diagnostics12122979
2. Hengstschläger, M. Artificial intelligence as a door opener for a new era of human reproduction. *Human Reproduction Open*, Volume 2023, Issue 4, 2023, hoad043. – URL: <https://doi.org/10.1093/hropen/hoad043>
3. Leahy, B.D., Jang, W.D., Yang, H.Y., Struyven, R., Wei, D., Sun, Z., et al. Automated measurements of key morphological features of human embryos for IVF. *Med Image Comput Comput Assist Interv*, 2020 Oct;12265: 25-35. – URL: doi: 10.1007/978-3-030-59722-1_3.
4. Appleby, J.B.: The ethical challenges of radical innovations in assisted reproduction. In: Tham, J., Garcia Gómez, A., Lunstroth, J. (eds.) *Multicultural and Interreligious Perspectives on the Ethics of Human Reproduction: Protecting Future Generations*, pp. 1–12. Springer International Publishing, Cham (2021).
5. Alvarez-Napagao, L., Urcelay, S.M.: Exploring the role of explainability in AI-assisted embryo selection. In: Sanz, I., Ros, R., Nin, J. (eds.) *Artificial Intelligence Research and Development: Proceedings of the 25th International Conference of the Catalan Association for Artificial Intelligence*, pp. 153-162. IOS Press, Amsterdam (2023).
6. Brock D. W. The Non-identity problem and genetic harms- the case of wrongful handicaps. *Bioethics* 1995; 9: 269-275. – URL: doi: 10.1111/j.1467-8519.1995.tb00361.x
7. Furrer, R. A., Barlevy, D., Pereira, S., Carmi, S., Lencz, T., Lazaro-Munoz, G. Public attitudes, interests, and concerns regarding polygenic embryo screening. *JAMA Netw. Open* 7(5), e2410832 (2024). – URL: doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.10832
8. Vasylieva I., Mozgova N., Bilozor D., Hlushko T. The development of bio-ethics in the context of the christian spiritual tradition. *Ad Alta Journal of inter-*

disciplinary research. 2021, Volume 11, Issue 1, Special Issue XV, pp. 114-120. – URL: https://www.magnanimitas.cz/ADALTA/110115/papers/A_24.pdf

9. Етичний кодекс лікаря України. Прийнято та підписано Всеукраїнським з'їздом лікарських організацій та X З'їздом Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ) в м. Євпаторії. 27.09.2009. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001748-09#Text>

Почтар Є. В.,

НМУ імені О. О. Богомольця,
pochtarena@gmail.com

Науковий керівник:

д. філос. н., проф. Іщук Н. В.,
професорка кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА В КОНТЕКСТІ ПРИНЦИПІВ ЕМПІРИЗМУ І РАЦІОНАЛІЗМУ

“Evidence-Based Medicine” (доказова медицина) є мейнстримом сучасної західної медицини. Її основні положення стали відомими науковому співтовариству у 80–90-х років XX століття завдяки роботам канадських учених Університету МакМастер (Торонто). У 1998 році провідні кардіологи Канади, США, Великої Британії оприлюднили монографію під назвою “Evidence-Based Cardiology” [1]. Ця праця стала революційною оскільки була присвячена інноваційному підходу до медицини, яка визнавалася “точною наукою”. Науковому співтовариству було запропоновано послуговуватися базою опису клінічних випадків і протоколів лікування систематизованою завдяки значному обсягу медичної статистичної інформації. Ця база інформації вважалася єдиною пересторогою від медичних помилок, зокрема впливу людського фактора в медицині. Апологети доказової медицини наполягали на необхідності мінімізації особистісного чинника щодо вибору критеріїв діагностики й лікування. Лікарську інтуїцію мав замінити “золотий стандарт” клінічних протоколів. З часом у медичних колах почало зростати переконання щодо того, що доказова медицина і є тим стратегічним напрямом цієї галузі знання. Проте підґрунтя цієї стратегії було закладено значно раніше – філософією.

Як відомо, в різні епохи серед філософів тривала дискусія щодо методів і критеріїв істинного знання, ролі традиції, авторитету у пізнанні. Щодо цих проблем філософія розвивалася від методологічно продуктивної античності до Нового часу для якого проблема методу загалом стала ключовою. Метод – умова ефективності наукових досліджень і, що вкрай важливо, об'єктивності його результатів. Одразу можна пригадати Ф. Бекона та Р. Декарта. Ф. Бекон вважав, що метод – це світильник, без якого годі шукати істину, це шлях, який напругу веде до неї [2, с. 56]. І навпаки, відсутність методу – це хаотичне блукання без надії на успіх у досягненні мети. Думки з цього приводу озвучені і в працях Р. Декарта, який зазначав, що “краще зовсім не думати про пошук істини якоїсь речі, ніж робити це без методу” [3, с. 44]. Саме в новочасній

філософії було систематизовано емпіризм і раціоналізм, які й визначили пріоритетність, тобто те, що для науки має першочергове значення: досвід (спостереження, експеримент) або математичні доведення і аналіз.

Доказова медицина постала як результат переходу від авторитетної до емпіричної моделі медицини. Ф. Бекон закликав спиратися на досвід і спостереження, заклавши основи для сучасної клінічної практики. Попри це в доказовій медицині застосовуються й філософські ідеї раціоналізму та логічної строгості, формуючи сучасний підхід до лікування та наукових досліджень у медицині. Раціональність, критичність і структуроване оцінювання доказів стали відповіддю на необхідність обґрунтованих рішень у клінічній практиці. Ієрархія доказів – від спорадичних спостережень до систематичних оглядів [4]. Пізніше Карл Поппер запропонував ідею фальсифікації як критерію науковості. Саме цей принцип було покладено в основу підходів до перевірки медичних гіпотез.

Наша гіпотеза полягає в тому, що різні галузі медицини розрізняються за рівнем доказовості. Зокрема, найбільш доказовими галузями є терапія, кардіологія, інфекційні хвороби, ендокринологія. Їхня доказовість пов'язана з тим, що тут здійснюються широкі можливості для рандомізованих контрольованих досліджень, великий масив досліджень, чіткість показників тощо. Менш доказовими є хірургія і анестезіологія.

В них неможливо проводити подвійне сліпе дослідження і є значні етичні обмеження (пацієнта не можливо не оперувати або не знеболювати для контролю). Найменш доказовими є галузі медицини, пов'язані із психіатрією, а також фізіотерапією і реабілітацією. В цих галузях предметом дослідження є досить плинні суб'єктивні стани, які подекуди неможливо виміряти чи чітко описати, а також стани, в яких значну роль відіграє ефект плацебо.

Недоліки в доказовій медицині також наявні. Найперше, доказова медицина заснована на фундаментальній недовірі до лікарської інтуїції, тобто до прийняття рішення на основі багаторічного досвіду. Це невірно, оскільки протягом своєї професійної діяльності лікарі розвивають свої експертні знання, а їхня інтуїція є цінним порадином, особливо в складних випадках. Одна з проблем доказової медицини полягає в тому, що при зміні контексту дослідження результати випробувань стають менш надійними. Друга проблема з доказовою медициною – це те, що вона пропонує мало вказівок при розвитку хвороби. І нарешті, можливо найболючіше питання стосується того, як лікарі повинні приймати рішення, коли навіть в базі знань доказової медицини є прогалини. Лікарі можуть визначати тенденції і розробляють гіпотези, які включають здогадки і підтверджуються тільки пізніше при випробуваннях. Проте виникає питання: як чинити у ситуації казусів й особливо, коли ці казуси набувають глобальних масштабів?

Наприклад, йдеться про недоліки доказової медицини, що проявилися під час пандемії COVID-19, коли наукове співтовариство зіткнулося з дилемою між необхідністю швидкого прийняття рішень і вимогою до високоякісних доказів. Яскравим прикладом стала суперечка навколо масового використання гідроксихлорохіну, лопінвіру, ритонавіру для полегшення стану хворих на COVID. Хоча ВООЗ й заборонила його виробництво й застосування через

токсичність і недоведеність негативного впливу на збудника COVID-19 в окремих країнах його включили до протоколів лікування цієї хвороби [5]. Як під час, так і після пандемії в експертному середовищі оприлюднювалися протилежні результати клінічних досліджень і думки щодо цих препаратів. Дискусії з цього приводу тривають й досі.

Підсумовуючи, ідеї Бекона і Декарта про досвід, сумнів і перевірку стали підґрунтям для клінічних випробувань, ієрархії доказів і критичного аналізу. Доказова медицина – це філософія в дії, яка прагне об'єктивного знання. Додатковими контекстами доказової медицини має стати окреслення меж статистики – права пацієнта, етика вибору, сприйняття цілісності людини в її унікальності. Підсумовуючи, філософія не лише породила доказову медицину, а й допомагає їй залишатися людиною й самокритичною.

Література:

1. Компедіум (без дати) *Основні принципи доказової медицини* ("Evidence-Based Medicine"). – URL: <https://compendium.com.ua/uk/tutorials-uk/vnutrishnya-meditsina/1-rozdil-osnovni-rintsipi-dokazovoyi-meditsini/1-osnovni-printsipi-dokazovoyi-meditsini-evidence-based-medicine/> (Дата звернення: 18 травня 2025).
2. Бекон, Ф. (2000) *Афоризми про тлумачення природи і царство людини*. Пер. з латини В. Артемова. Київ: Юніверс.
3. Декарт, Р. (1994) *Міркування про метод*. Пер. з французької С. І. Скачка. Київ: Основи.
4. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (2023) *Програма навчальної дисципліни "Методологія доказової медицини"*. Львів.
5. Українська правда (2020) COVID-19 в Україні: перспективи лікування та вакцинавання, 12 серпня. – URL: <https://life.pravda.com.ua/columns/2020/08/12/241943> (Дата звернення: 18 травня 2025).

Райчук М. І.,

НМУ імені О. О. Богомольця,
raichukm05@gmail.com

Науковий керівник:

д. філос. н., проф. Шевченко С. Л.,
професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ЕТИКА МЕДИЧНИХ РІШЕНЬ ПІД ЧАС ВОЄННИХ ДІЙ: МОРАЛЬНІ ДИЛЕМИ І РЕЛІГІЙНІ ПРИНЦИПИ

Воєнний стан створює особливу ситуацію, в якій медичний персонал змушений приймати рішення в умовах обмежених ресурсів і сильного психологічного стресу. Ця ситуація загострює моральну дилему, що має як релігійний, так і етичний вимір, оскільки лікарі змушені обирати між

порятунком життя та іншими своїми обов'язками. Відомий хірург і філософ Ібн Сіна говорив: "Лікар повинен знати не тільки те, що він лікує, але й кого він лікує". У цьому контексті важливо дослідити, як релігійні принципи впливають на моральний вибір лікарів у надзвичайних ситуаціях, що робить цю тему більш актуальною для сучасної медицини.

Дана розвідка переслідує подвійну мету, по-перше, проаналізувати етичні та релігійні аспекти прийняття медичних рішень у воєнний час та визначити моральні дилеми, з якими стикаються медичні працівники в умовах обмеженого часу та ресурсів; по-друге, з'ясувати роль релігійних принципів у виборі підходів до лікування та забезпечення максимально гуманного ставлення до пацієнтів в екстремальних ситуаціях.

Сьогодні сучасні дослідники приділяють значну увагу розвитку біоетики в реаліях війни. Слушною, на наш, погляд є думка професора Бойченко Н. М., згідно якої "біоетика за умов війни, ..., набуває все більш застосовного характеру, вона здатна не тільки визначити межі людського життя, окреслювати горизонти прийнятного виживання людей (як виду), а й пропонувати ефективні механізми, інструменти та стандартні операційні процедури для реагування на дилеми, які виникають у кризових ситуаціях. Біоетика має достатнє підґрунтя у вигляді різноманітних етичних теорій: етики чеснот Аристотеля, практичної етики Канта, утилітаризму, християнської етики, дискурсивної етики тощо. Виходячи з такого теоретичного розмаїття, вона може і має виступати як прикладна етика, застосовуючи релевантні (відповідні конкретній проблемі та ситуації) етичні норми чи положення для вирішення етичних проблем" [1, с. 87-88].

Хоча в умовах війни нормативно визначені правила та принципи надання екстренної медичної допомоги [2], втім медичні працівники під час військових операцій стикаються з кількома іншими важливими моральними дилемами, зокрема з проблемою визначення пріоритетів у наданні медичної допомоги різним соціальним категоріям населення. В умовах обмежених ресурсів їм доводиться вирішувати, кому надавати допомогу – цивільному населенню, військовослужбовцям чи важкопораненим пацієнтам з низькими шансами на виживання. Пріоритети, встановлені в таких ситуаціях, часто стають джерелом морального конфлікту.

Опитування медичних працівників, які працювали в зонах конфлікту, показало, що значна частина з них у прийнятті таких рішень покладається на релігійні принципи. Насамперед, вони посилалися на принцип поваги до життя і гідності всіх людей, який цінується багатьма релігіями, включаючи християнство, іслам і буддизм. Вони також зазначили, що часто буває важко дотримуватися принципу "не нашкодь" (*primum non nocere*) [3] при виборі пацієнтів для лікування [4].

Важливим підходом, яким користуються медичні працівники в таких ситуаціях, є "правило подвійного ефекту". Згідно з цим правилом, дії, які можуть призвести до негативних наслідків (наприклад, відмова від лікування людини через те, що інший пацієнт має більше шансів вижити), можуть бути морально виправдані, якщо кінцевою метою є зменшення загальних страждань або порятунок більшої кількості життів. Це правило має глибоке

коріння в католицькій етиці і використовується для виправдання дій з морально амбівалентними наслідками, коли не існує ідеального рішення [5].

Крім того, аналіз у сфері “медичного сортування” (процес ранжування пацієнтів за ступенем необхідності медичного втручання) показав, що релігійні переконання впливають на рішення окремих лікарів. Лікарі з релігійною освітою частіше керуються ідеалами співчуття і гідності та намагаються надати допомогу всім, навіть у ситуаціях, коли шанси на виживання є низькими [6]. Відомим прикладом є подвиг рядового медика-адвентиста армії США часів Другої Світової війни Дезмонда Томаса Доса, який під час битви за Окінаву, ризикуючи власним життям, врятував 75 осіб. Такий підхід ґрунтується на принципі поваги до життя, який лежить в основі вчення багатьох релігій [7]. Серед лікарів відомими сподвижниками в даній царині були Джузеппе Москаті та Валентин Феліксович Войно-Ясенецький. Їхня професійність, релігійність та духовність зазвичай втілювались в особистій жертвовності заради порятунку хворих та знедолених незалежно від обставин.

В інтерв'ю медичні працівники зазначають, що в умовах воєнного стану важливо мати можливість покладатися на релігійну або психологічну підтримку для подолання моральних дилем. У багатьох випадках така підтримка може допомогти лікарям подолати внутрішні конфлікти і знайти моральну опору для своєї роботи. Дослідження виявило, що деякі лікарі дотримуються “правила подвійного ефекту”, згідно з яким дія з непередбачуваним наслідком (наприклад, смерть пацієнта) може бути допустимою, якщо вона допомагає запобігти більшій шкоді або зменшити страждання. Такі правила часто виправдовуються релігійними принципами, особливо в християнстві та ісламі, де повага до людського духу і необхідність співчуття визнаються важливими моральними принципами [4].

Отже, медичний персонал в умовах військових дій стикається з важливими моральними дилемами, які часто вирішуються на основі релігійних та етичних принципів. Релігія виступає своєрідним моральним компасом, що дозволяє лікарям приймати рішення відповідно до їхніх особистих переконань і світогляду. Це підкреслює важливість надання духовної підтримки в медичних закладах в умовах воєнного стану та етично-моральної підтримки тим, хто приймає складні рішення на полі бою.

Література:

1. Бойченко Н. М. Біоетика в реаліях війни / Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині): зб. матеріалів V міжнар. наук.-практ. конференції, м. Запоріжжя, 28-29 лютого 2024 р. – Запоріжжя: ЗДМФУ, 2024. С. 87-88.
2. Стандарт екстреної медичної допомоги “Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі” [Наказ МОЗ України № 368 від 24.02.2022 р.]. – URL.: https://moz.gov.ua/uploads/7/36080-dn_368_24_02_2022_dod_1.pdf
3. Етичний кодекс лікаря України. Всеукр. з'їзд лікарських орган.; Кодекс від 27.09.2009. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001748-09#Text>

4. “Військовий медик: “Я просив Бога накрити нас плащем””. – URL: <https://rkcs.org.ua/blog/2024/02/01/vijskovyj-medyk-ya-prosyv-boga-nakryty-nas-plashhem/>
5. Запорожан В. Н., Аряєв Н. Л. Біоетика та біобезпека: підручник. – Київ: Здоров’я, 2013. – 454 с.
6. Коляденко Н. Дилема жертвовності в професії лікаря: моральна цінність чи віктимізація? // Психологічне здоров’я. Випуск 1 (6), 2021. – С.23-33. – URL: <http://eprints.zu.edu.ua/38008/1/1793-1-10-20220223.pdf>
7. Етичні проблеми в медицині: навчальний посібник для самостійної роботи студентів I-III курсів медичних та фармацевтичного факультетів денної форми навчання галузі знань 22 “Охорона здоров’я” спеціальностей 221 “Стоматологія”, 222 “Медицина”, 226 “Фармація, промислова фармація”, 228 “Педіатрія” / І. Г. Утюж, М. О. Мегрелішвілі. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2021. – 140 с.

Напрям 7-8. Філософія релігії та медицини: сучасні виклики в умовах воєнного стану. Релігія як соціально-духовна детермінанта індивідуального та громадського здоров’я

Гасанова К. А.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
kgasanova827@gmail.com

Науковий керівник:
д. філос. н., проф. Шевченко С. Л.,
професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЯК СУСПІЛЬНА ПРОБЛЕМА

Після початку повномасштабного вторгнення росії в Україну значна частина українців приєдналася до лав Збройних Сил України. Реалії війни, з якими стикаються військовослужбовці, мають руйнівний вплив не тільки на їхнє фізичне, а й на психічне здоров’я. Поруч з проблемою прояву агресії до членів своєї родини та оточуючих, депресивних станів і схильності до суїциду наших захисників, все помітнішим стає питання залежності різного типу серед військовослужбовців.

Залежність від алкоголю, наркотиків і азартних ігор стала значною проблемою, особливо в умовах сучасних подій. Воїни стикаються з постійним стресом: втратами побратимів, розлукою з сім’єю, отриманими пораненнями, ампутаціями кінцівок та іншого роду травматичними ситуаціями. Розвиток залежності в свою чергу негативно впливає на їхнє і без того обтяжене фізичне і психологічне здоров’я та значно погіршує якість їхньої реабілітації. Вивчення

цих проблем є важливим для розробки ефективних програм підтримки та адаптації військових. Слід також врахувати, що окрім великої кількості захворювань спричинених стресом, тяжким фізичним навантаженням та травмами, додатковий негативний вплив різного роду речовин (алкоголь, наркотичні засоби) також впливатиме на можливість для військових в майбутньому мати дітей, при тому що питання щодо майбутнього покоління українців і так знаходиться в критичному стані.

Варто зазначити, що подібного роду проблеми зустрічаються у світі далеко не вперше, з ними стикались свого часу американські військові – ветерани Другої світової війни, війн у В'єтнамі, Афганістані, Іраці.

Статистичні дані щодо сьогодношньої ситуації в Україні наразі не розголошуються, проте доречно ознайомитися зі статистикою American Addiction Center. За їхніми даними приблизно 11% ветеранів, які вперше відвідують медичний заклад Департаменту у справах ветеранів, мають розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин [1].

Із найбільш поширених проблем, з якими стикаються ветерани є зловживання алкоголю [2; 3]. Статистичні дані про зловживання психоактивними речовинами серед ветеранів показують, що серед тих, хто має розлад пов'язаний з вживанням ПАР:

- понад 80% зловживають алкоголем;
- майже 27% зловживають забороненими наркотиками;
- близько 7% зловживають як алкоголем, так і забороненими

наркотиками [4].

Алкоголізм

Алкоголь є основною причиною для 65% ветеранів, які потрапляють до лікувальних центрів – цей показник майже вдвічі більший, ніж для цивільних [1].

У ветеранів-чоловіків вдвічі частіше діагностують розлад, пов'язаний із вживанням алкоголю, ніж у ветеранів-жінок [2].

Якщо порівнювати за віковими показниками, у 2018 році кількість звернень від ветеранів віком 18-25 років була в 35 разів меншою ніж людей старше 25 років [4].

Зловживання наркотичними речовинами

Наркотичні речовини, які можуть бути вжитими ветеранами поділяються на заборонені наркотики та рецептурні препарати, що відпускаються за рецептом (опіоїди), які можуть бути призначені для лікування травм, хронічного болю та які потенційно можуть призвести до зловживань або залежності.

Марихуана є найпоширенішим забороненим наркотиком завдяки своїй доступності. Тим не менш, майже 11% ветеранів потрапили до лікувальних центрів через вживання героїну. Понад 6% ветеранів потрапили до лікувальних установ через вживання кокаїну [1].

У 2018 році у 41 000 ветеранів була діагновостована залежність від знеболювальних [4].

Статистика щодо причетності психологічних розладів (депресія, посттравматичний стресовий розлад) до схильності до вживання ПАР:

Від 82 до 93% ветеранів, які перебували на службі в Афганістані та Іраку з наркотичною або алкогольною залежністю, мали принаймні один супутній розлад [2].

Приблизно у 37-50% ветеранів, які перебували на службі в Афганістані та Іраку, було діагновано принаймні одне психічне захворювання [1].

Основні ознаки залежності від ПАР, які можуть виявити родичі:

- Зміни настрою: різкі коливання емоційного стану, від сильної збудженості до депресії. Дратівливість та прояви агресії.
- Нетипова поведінка: нові звички, що раніше не були притаманні людині, несподівані дії, відсутність адекватної реакції на звичні ситуації. Відмова від старих захоплень, початок нових, часто з негативними наслідками.
- Соціальна ізоляція: відчуження від близьких, уникання контактів з рідними і друзями, зниження соціальної активності.
- Маніпулятивність.
- Нехтування обов'язками: втрата інтересу до домашніх чи професійних справ, зниження рівня відповідальності на службі.
- Фінансові проблеми: постійні борги, кредити або інші фінансові труднощі, що виникають через звичку витратити кошти на алкоголь, препарати чи інші речовини.
- Втрата контролю при вживанні алкоголю: періоди абстиненції (тремор, похмілля), постійна потреба випити "необхідно" і негайно.
- Зовнішні зміни: різке збільшення або зменшення ваги, проблеми зі здоров'ям, зокрема з зубами, погіршення стану волосся та нігтів.
- Проблеми зі сном: безсоння чи збудження або, навпаки, надмірна сонливість.

У випадку, якщо близьке оточення помітило декілька з перелічених пунктів, варто розглянути такі **варіанти подальших дій**:

- Перш за все, родичам необхідно з'ясувати, що саме відбувається з близькою людиною, яка може мати залежність. Якщо особа не визнає свого стану, важливо звернутися за консультацією до фахівця з лікування залежностей.
- Наступним кроком варто організувати зустріч із психологом для залежної особи, щоб розпочати терапевтичний процес.
- Не менш важливо працювати й над собою, адже родичі також можуть стати "співзалежними". У такому випадку рекомендується пройти психотерапію, щоб краще підтримувати близьку людину в її реабілітації.
- Існують реабілітаційні центри, які надають психологічну допомогу та займаються реабілітацією ветеранів з такого роду розладами.

У Центрі реабілітації людина проходить **поетапне супроводження**, яке включає такі етапи:

1. Розробка поетапного плану роботи та індивідуальної програми

реабілітації, орієнтованої на відновлення фізичного та психічного здоров'я.

2. Поступова адаптація до мирного життя та соціуму, відновлення комунікаційних навичок, налагодження стосунків у сім'ї, повернення до улюблених занять, а також формування нових інтересів і захоплень.

3. Повне повернення до соціуму: людина займається навчанням, трудовою діяльністю, активно проводить дозвілля без вживання речовин, відновлює якість життя, ставить нові цілі та активно працює над їх досягненням.

Ігроманія (лудоманія)

Спершу варто ознайомитись з тим що взагалі таке лудоманія та азартні ігри.

Азартні ігри передбачають прийняття на ризик незрозумілого результату або події, ризикуючи чимось цінним (зазвичай грошима) з наміром спробувати виграти предмет вищої вартості.

Розлад, пов'язаний із азартними іграми, виявляється за моделлю повторюваних і постійних ставок, які тривають, незважаючи на створення численних проблем у кількох сферах життя людини [5].

Діагноз розладу, пов'язаного з азартними іграми, вимагає наявності принаймні чотирьох ознак з перелічених, протягом останнього року:

- Часті думки про азартні ігри (наприклад, переживання про минулі або планування майбутньої гри).
- Відчуття необхідності грати зі зростаючими сумами, щоб досягти бажаного результату.
- Повторювані безуспішні спроби контролювати, скоротити або припинити азартні ігри.
- Неспокій або дратівливість при спробі оточуючих (в якості піклування) або себе самого скоротити або припинити грати.
- Бажання гри тоді, коли є намір втекти від проблем, поганого настрою, стресу.
- Після втрати цінної речі або значущої суми коштів в азартній грі виникає відчуття потреби "відігратися".
- Брехня, щоб приховати ступінь причетності до азартних ігор.
- Втрата важливих можливостей, таких як робота, інші досягнення чи близькі стосунки через азартні ігри.
- Покладання на допомогу інших у вирішенні грошових проблем, спричинених азартними іграми.

У людей з такого роду розладом можуть спостерігатися періоди "стихання", коли симптоми зменшуються, проявляються в меншій мірі.

Нещодавнє дослідження ігроманії серед військовослужбовців в Україні виявило високий рівень залежності від азартних ігор, що охоплює солдатів, сержантів та офіцерів [8]. Зокрема, спостерігається розповсюдження лудоманії за рахунок таких застосунків як "онлайн-казино", "слоти" та "рулетка", що призводить до фінансових втрат, позик серед товаришів по службі та більше того, продажу військового майна.

"Непоодинокі випадки, коли ігрозалежні військовослужбовці витрачають

на ігри все своє грошове забезпечення та беруть мікрокредити, цим заводячи себе та свої сім'ї в "боргову яму", або ж здають в ломбарди дрони та тепловізори" [6], – як свідчать воїни ЗСУ.

Проблема погіршується через відсутність контролю за такими ситуаціями, як власне і за психологічним станом загалом на місцях та недостатнє регулювання доступу до подібного роду веб-сайтів.

За даними Комісії з регулювання азартних ігор та лотерей (КРАІЛ), за три роки існування Реєстру лудоманів (реєстр осіб, яким обмежено доступ до гральних закладів та участь в азартних іграх) до переліку внесли 3871 особу. Переважна більшість, 87% з них, потрапила до переліку у 2023 році [7].

Тим не менш, варто взяти до уваги той факт, що раніше це питання не вивчалось у тій мірі, в якій воно актуальне на сьогодні, тож можливо ці показники є недостатньо об'єктивними.

Зауважмо, що 99% осіб потрапили до Реєстру в якості самозвернення.

Основними факторами розвитку ігromанії серед військових є неадекватність регулювати свій емоційний стан, низька самооцінка, прагнення до швидкого збагачення, спадкова схильність, а також стресові ситуації, що спонукають до пошуку способів відволіктися та отримати "дозу швидкого дофаміну". Враховуючи не дуже високу частоту вигравів, весь цей цикл повторюється, враховуючи бажання повернути втрачене на ставку або збільшити виграв.

Для ефективної боротьби з ігromанією серед військових необхідні комплексні заходи, які включають освітні програми про ризики азартних ігор, доступ до психологічної підтримки та терапії, а також створення альтернативних способів зняття стресу та релаксації. Важливу роль у цьому процесі має відігравати командне керівництво, яке повинно активно впроваджувати профілактичні та коригувальні заходи для зменшення поширеності ігрової залежності серед наших захисників.

Беручи до уваги той факт, що контролювати військових під час бойових дій щодо участі в азартних іграх доволі складно, необхідно впровадити систему обмежень і моніторингу цих питань іншим шляхом. Важливо запровадити обов'язкове психологічне обстеження, вести облік випадків психологічної невідновленості, регулярно проводити роз'яснювальні бесіди з особовим складом та застосовувати заходи для підтримки їхнього ментального здоров'я. Адже здебільшого, люди, схильні до лудоманії мають супутні розлади психологічного генезису.

Що не варто робити близьким родичам та друзям у випадку, якщо вони підозрюють когось з рідних у лудоманії:

- Ставитись до гравця як до аморального або нерівноправного члена суспільства. Азартні розлади можуть торкнутися кожного.
- Кричати, проявляти агресію до цієї людини.
- Усунути гравця від сімейного життя та діяльності.
- Очікувати негайного одужання.

Що робити варто?

- Підтримувати та допомагати в пошуку рішень проблеми.
- Зберігати спокій, коли розмовляєте з людиною, яка страждає на розлади пов'язані з будь-якого роду залежністю.
- Давати зрозуміти, що цю людину не засуджують.
- Усвідомити необхідність лікування та те, що це може зайняти певний час.
- Встановити межі в управлінні грошима; взяти під контроль сімейні фінанси; переглядати виписки з банку та кредитної картки.

Отже, розгляд та аналіз такої важливої соціальної проблеми, яка стосується залежностей серед військовослужбовців України, зокрема, від алкоголю, наркотичних засобів та азартних ігор, засвідчує, що на державному рівні цьому питанню не приділяється достатньої уваги. Вказано, що стресові ситуації, отримані травми та психологічні навантаження, які виникають в умовах бойових дій, значно погіршують фізичний та психологічний стан військових, сприяючи розвитку залежностей. Водночас ці розлади суттєво ускладнюють процес реабілітації та адаптації ветеранів до мирного життя. Для ефективної боротьби з такими явищами необхідно запровадження комплексних заходів, зокрема, освітніх програм, психотерапевтичної допомоги та обмежень щодо доступу до азартних ігор. Важливу роль у цьому процесі повинні відігравати командне керівництво та спеціалізовані органи, що здійснюють моніторинг та контроль за станом психологічного здоров'я військовослужбовців. Важливо наголосити, що українська система охорони здоров'я має впроваджувати передовий зарубіжний теоретичний та практичний досвід в подоланні залежностей військовослужбовців як в умовах воєнного стану, так і в мирний час [9; 10]. Окрім цього, наявність залежності вимагає належної підтримки з боку сім'ї та соціального оточення, які повинні бути обізнаними щодо належних методів допомоги та лікування, про що також зобов'язані невідкладно дбати відповідальні держані інституції.

Література:

1. Miller, L. (2024), "Statistics on Veterans and Substance Abuse National Institute on Drug Abuse". – URL: <https://veteranaddiction.org/resources/veteran-statistics/>
2. Teeters, J.B., Lancaster, C.L., Brown, D.G. and Back, S.E. (2017), "Substance Use Disorders in Military Veterans: Prevalence and Treatment Challenges", *Substance Abuse and Rehabilitation*, No. 8, Pp. 69-77. – URL: <https://doi.org/10.2147/SAR.S116720>
3. "PTSD and Substance Abuse in Veterans". – URL: https://www.ptsd.va.gov/understand/related/substance_abuse_vet.asp
4. Figg, B. J. (2018), "Substance Abuse and Mental Health Services Administration", *Journal of Consumer Health on the Internet*, No. 22(3), Pp. 253-262.
5. "What is Gambling Disorder?" – URL: <https://www.psychiatry.org/>

- patients-families/gambling-disorder/what-is-gambling-disorder
6. Петриченко, П. В. (2024), "Обмеження роботи онлайн казино (текст петиції)". – URL: <https://petition.president.gov.ua/petition/223008>
 7. Гмиря, А. (2024), "В Україні тисячі лудоманів: що з ними можна зробити та як лікувати залежність від гри". – URL: <https://thepage.ua/ua/politics/yak-likuvati-ludomaniyu-sered-vijskovih>
 8. Опитування проводилося соціологічною службою Центру Разумкова на замовлення ZN.UA з 20 по 28 червня 2024 року. Опитано 2027 респондентів віком від 18 років. Теоретична похибка вибірки не перевищує 2,3%. Докладніше див.: "Ігроманія у військових: проблематика та її подолання". – URL: <https://evolution.org.ua/gambling-among-the-military/>
 9. Thompson, J. M., Vogt D., Pedlar, D. (2022), "Success in life after service: A perspective on conceptualizing the well-being of military Veterans", *Journal of Military, Veteran and Family Health*, Vol. 8, No. 3. – URL: <https://doi.org/10.3138/jmvfh-2021-0037>
 10. Maas, M., Nower, L. (2021), "Gambling and military Service: Characteristics, comorbidity, and problem severity in an epidemiological sample", *Addictive Behaviors*, Volume 114, p. 106725. – URL: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106725>

Демчишин С. В.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
solademchysyn06@gmail.com

Науковий керівник:
д. філос. н., проф. Шевченко С. Л.,
професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

РЕЛІГІЯ ТА ФІЛОСОФІЯ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ ВІЙНИ

Філософія релігії є одним із найдавніших розділів філософії людства. Вона осмислювала сенс людського життя, віру в Бога, створювала основні принципи життя та настанови, виховувала мораль та духовність у суспільстві. На основі цього вчення, яке розвивалося та вдосконалювалося разом із людством сформувалася і філософія медицини. У багатьох аспектах ці науки пов'язані, деś вони повторюють одна одну, а деś доповнюють, стаючи одним цілим, яке не доцільно роз'єднувати.

В умовах війни філософія релігії та медицини стикається із жорстокими викликами сьогоденної реальності. Війна торкається не лише фізичного та матеріального стану людини, вона раниць душу, ламає моральні та духовні підвалини людського буття. У такий важкий час філософія просто зобов'язана адаптовуватися під змінені реалії та допомагати знайти нові шляхи для вирішення нагальних проблем людської душі.

Кожна війна нагадує людству, що зло існує. Це зло призводить до смертей, страждань ні в чому не винних людей. Перемогти його не так легко на практиці як пропонується багатьма фахівцями-теоретиками.

Християнський світ обурений, що відомі духовні наставники, до прикладу Папа Римський, відмовчуються, не озвучуючи своєї чіткої позиції. А дій, які повинні були б сприяти допомогти зупинити масові вбивства та насилля – немає. Натомість українців називають страждальним народом, з багаторічною історією своїх страждань [1; 2].

На початку кожної війни віра в Бога чи вищі сили зміцнюється. Але чим довше триває протистояння, тим більше людей зневірюються. Це прослідковується і в нашій країні. Кількість вірян, які сьогодні відвідує храми, постійно зменшується. Люди перестають сліпо вірити, що лише щира молитва здатна відвернути будь-яке зло. Молитва, яка лунала у домівці кожного українця напевно, відвернула окупацію всієї України, проте біда все ж постукала у домівки кожного з нас. Щодня кожна громада оплакує полеглих співвітчизників.

Сучасна філософія релігії не здатна пояснити чому в XXI столітті, після стількох війн і всього, що перенесло людство за всю свою історію, цей жах повторюється, а Бог на це закриває очі. Буча, Ірпінь, Маріуполь, тисячі закатованих як військових, так і цивільних людей, серед яких є зовсім малі діти, які як знову ж каже Біблія – безгрішні, чисті душі. Церква пропонує пояснення цьому, як відплату за людські гріхи. На нашу думку, зневіра у всесильність Бога часто настає внаслідок смерті близької людини [3].

Варто зупинитись на філософії медицини у воєнний час. Загальновідомо, що у бойових умовах, медики ділять поранених на групи: тих, кого можна врятувати, і тих, що вже шансів не мають. Медик зобов'язаний рятувати всіх без винятку. І кожен день він стикається з жакливим вибором, оскільки його ресурс і час обмежені, тому ними потрібно правильно вміти розпоряджатися для порятунку найціннішого – людського життя.

В українських реаліях для багатьох військових релігійний моралізм ставав безглуздом на фоні медичної філософії. Адже основним завданням медичної філософії є збереження людського життя з використанням будь-яких методів. Тоді як для релігійної філософії важливим є збереження та дотримання певних моральних принципів. Яскравим прикладом протиріччя підходів є переливання крові. Під час запеклих боїв, однією із найчастіших проблем, з якими стикаються медики, стають значні кровотечі, внаслідок чого людський організм не здатен самостійно регенерувати і поранений терміново потребує переливання донорської крові. І тут ми не говоримо лише про наших воїнів, але й беремо до уваги мирне населення, яке, відмовляючись покидати рідні домівки, опиняється на лінії протистояння. Окремі релігії забороняють робити таку медичну процедуру, як переливання крові. Зокрема такого табу дотримуються Свідки Єгови. Вони вірять, що кров є символом життя, яке належить Богу. Введення чужої крові вважається ними порушенням Божого закону. Через таке трактування священних текстів, на думку медичних працівників, представники таких релігій часто прирікають себе на вірну смерть.

Варто згадати і за військовополонених, яким щодня наші медики змушені надавати медичну допомогу, часто навіть ризикуючи власним життям. Щоправда сьогодні починається розвиватися інститут військового капеланства, який, на наш погляд, є прогресивним явищем з огляду на потребу уваги не лише до фізичного здоров'я, а й психічного та духовного українських військових.

Ще одним протиріччям релігії та філософії медицини є заборона методу, який передбачає використання тварин як своєрідних “фабрик” для вирощення органів чи тканин. Ця технологія є частиною методики ксенотрансплантації, що являє собою пересадку між різними видами. Пізніше ці “вирощені” органи чи тканини можна буде пересаджувати постраждалим воїнам. Насправді цей метод є досить ефективним, оскільки тварини швидко досягають дорослого віку.

Релігійна ідеологія зазвичай трансформувалася після кожної масштабної війни. Для прикладу, візьмемо Другу світову війну, після закінчення якої пропаганда РСР нав'язувала суспільству думку, що якщо б Бог дійсно існував, то хіба б він дозволив німецькому злу такою мірою себе проявити. В той час церкви й монастирі закривалися, церковні діячі зазнавали гонінь та репресій, тому місця де люди змогли б відродити свою віру просто на просто не було.

Соціологічне дослідження, яке проводилося Центром Разумкова в період з 28 квітня до 3 травня 2023 року (опитано 2020 респондентів віком від 18 років, теоретична похибка вибірки не перевищує 2,3%), показало, що церква перестала користуватися тим високим рівнем довіри, який мала раніше. Перший щабель посідає армія – ЗСУ. “Вірую в Бога” змінюється на “Вірю в ЗСУ” [4].

“На нулі” обов'язки Бога в польовому шпиталі перебирає на себе лікар, який вирішує, хто буде жити, а хто приречений, бо він не може врятувати кожного, хоч би як цього хотів. Це найскладніший моральний вибір для кожного медика, який дається непросто, бо не людина має робити такий вибір.

Отже, після завершення нинішньої війни нагальною стане потреба переосмислення фундаментальних духовних та релігійних засад західного світу. Україна має стати одним з тих осередків відновлення духовності, віри та моралі, які слугуватимуть основою для відродження нової ціннісної парадигми існування людства в мирний час. В світі без воєн, убивств та злочинів проти людяності. Перші кроки на цьому шляху уже зроблені: люди звертаються до практик, які більше задовольняють їх власні потреби, поступово налагоджується міжконфесійний діалог, “пом'якшуються” установлені приписи й правила в традиційних релігіях. Цілком можливо, що такі тенденції в близькому майбутньому лише покращуватимуть діалог між релігією та медичною філософією заради здоров'я та блага мільйонів людей.

Література:

1. “Папа Римський порівняв війну РФ проти України з нацистською “операцією Рейнгард””, *Укрінформ*, 07.12.2022. – URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-uarazom/3629525-papa-rimskij-porivnav-vijnu-rf-proti-ukraini-z-nacistskou-operacieu-rejngard.html> .

2. “Папа: не слід гратися з мучеництвом українського народу”, *CREDO*, 24 вересня 2023 р. – URL: <https://credo.pro/2023/09/356179>.
3. Коваленко Г. “Буча: Де був Бог і чи є Він взагалі”, *PICY – Релігійно-інформаційна служба України*. 04.04.2022, – URL: https://risu.ua/bucha-de-buv-bog-i-chi-ye-vin-vzagali_n127979.
4. “В умовах війни віра в Бога зміцнюється, але більшість опитаних українців не асоціюють себе з жодною парафією – опитування Центру Разумкова” – URL: <https://interfax.com.ua/news/general/912857.html>

Марапулець П. В.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
polinamarapulets@gmail.com

Науковий керівник:
д. філос. н., проф. Шевченко С. Л.,
професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

РЕЛІГІЯ РПЦ ЯК ІНСТРУМЕНТ МАНІПУЛЯЦІЇ ТА ПРОПАГАНДИ

Релігія – особлива форма світогляду, що має конкретні принципи віровчення, визнані людьми й часом вічними та абсолютними. Догми божественної істинності протягом усього життя людства відіграють надзвичайно важливу роль у становленні цінностей, розумінні моралі, формуванні моделі поведінки. Водночас, віра може стати ключовим аспектом маніпуляції, що обмежує суб'єктивність думки та свободу вибору. Сьогодні РПЦ глибоко політизована та діє як повноцінна частина державного апарату. І на жаль, у свідомості більшості православ'я асоціюється саме з віросповіданням з центром у Москві. Водночас новостворена ПЦУ залишається пасивною в контексті антиморальних принципів Росії та РПЦ.

Система універсальї соціального функціонування духовної культури формує світогляд. Ці об'єктивні, суб'єктивні та об'єктивно-суб'єктивні поняття перебувають у постійній взаємодії. Якщо релігія та філософія очолюють загальну ціннісно-контролюючу службу, то віросповідання безумовно може стати основою для транслювання думок неблагородного характеру. [1]

Релігія часто стає зброєю в руках політиків і перетворюється на інструмент маніпуляції, втрачаючи духовність [2]. Це одна з думок британсько-американського журналіста та літературного критика Крістофера Гітченса, який був доволі категоричним і різким у своїх працях стосовно релігії. Однак ця цитата влучно характеризує актуальність проблеми політичної інструменталізації релігії, зокрема питання агресивного використання наративів православної церкви всесвітньо визнаною ворожою російською владою.

Упродовж усього існування Росії вищі прошарки суспільства створювали механізми соціальної та політичної дезорієнтації суспільства. Повна руйнація

– мати продукту “тваринний інстинкт”, колискова якої – свист куль і снарядів. Ось таке почуття материнської “любові”, щирої ненависті до незалежного буття утілює діяльність земного диявола, російської ідеології та її дітей на українській землі. Маєток грошей у поєднанні з божевіллям і владою народжує смерть тих, хто хоче жити у вільній європейській країні. Рушійним фактором цих процесів є релігійні мотиви, які виправдовують ганебну діяльність цієї держави.

У 2020 році під Москвою відкрили храм російської армії, що став головним осередком пропаганди, мета якої – культ радянської перемоги та звеличення сучасного російського війська. В основу проекту “священної” будівлі закладені сумнівні символи, що підкреслюють ідеологію “сакральної війни”. Перша ознака – поєднання православ’я з військовими “перемогами” – діаметр основи головного купола становить 19,45 метра. Цей архітектурний елемент є прямою відсилкою до 1945 року. Друга ознака – висота однієї з дзвіниць сягає 75 метрів. Храм відкрили у 2020 році, тобто 75 років з моменту закінчення Другої світової війни. Третя конструктивна деталь – висота малого купола храму 14,18 метра. Друге смертоносне протистояння світових військово-політичних коаліцій XX століття тривало 1418 днів і ночей. Ще одним абсурдним аспектом підсилення ідеології через релігію є матеріал сходів храму. Вони виготовлені з розплавлених траків німецьких танків. Перед початком повномасштабної агресії ворожого російського війська проти України деякі видання повідомили, що в храмі планується викладання мозаїки тоталітарних лідерів Росії. Нонсенс криється в тому, що формування культу “священної боротьби” за імперські цінності реалізується через зведення споруди, яка належить до сакральної архітектури, проте реально має протилежне значення. На війну не можна дивитись через духовно-моральну призму, оскільки це нав’язлива ідея, біль, втрати, горе, смерть; місце, де мовчазний плач усюди. Реакція зомбованого населення Російської Федерації на чергову пропаганду через віросповідання загалом позитивна, оскільки концепція вписується в наративи, що роками насаджуються державою народу. Звісно, була поодиноким критика храму як культу мілітаризму й лицемірства, але цей сміливий голос заглушений загальним стадним схваленням.

Гріх – найбільша міра зла, свідоме недотримання того, що зобов’язується совістю. А з огляду віросповідання, це добровільне порушення заповідей Всевишнього. Російський патріарх Кирило, прихильник режиму, ідеологія якого – смерть невинних, зробив серйозну заяву з приводу того, що російській солдат, який загине на війні позбудеться всіх гріхів. Адекватно аналізуючи причини російсько-української війни сьогодення, звертаючись до історичних подій минулого, постає факт, що Росія жодних благих ідей не вчиняє військовими діями, які чинить на території України. Одним словом, це геноцид українців. Проте навіть людина, що наділена почесним найвищим титулом голови церкви, намагається виправдати російське вторгнення. Якщо особа, яка бере участь у військових діях, зокрема на боці агресора, то потенційно вона може вбити “ворога”. Але за це обіцяють автоматичне прощення всіх гріхів! Тоді виникає питання: чи це не цілковите зникнення моральної відповідальності? У християнстві відпущення гріхів потребує щирого покаяття,

смирнення, а думка про автоматичне очищення спотворює догми православ'я. Сакралізація війни та її пропаганда вищим прошарком суспільства ставить суспільство під релігійний дискурс, у відповідності до якого люди готові обміняти свободу на "комфортне та автоматичне" спасіння. [3]

Про залежність провідних українських конфесій від релігійних центрів, розташованих за межами України, наголошують сучасні релігієзнавці та соціологи. Зокрема Козловський О. Р. зауважує, що УПЦ МП "й надалі докладатиме зусиль у розмиванні української національної ідентичності та розчиненні в ідентичності "панслов'янській" [4, с. 135]. І далі аргументує власну позицію: "якщо погодитися з тезою, що Росія не зацікавлена в тому, щоб Україна перетворилася на повноцінну національну державу, то на продовження цієї тези можна стверджувати, що РПЦ як церква, що наслідуює візантійську традицію зрощення церкви і держави, виступатиме в ролі потужного інструменту, що блокуватиме цей процес. (...) Стосовно пропагандистських можливостей "розмивання" української ідентичності, що їх практикували ці конфесії, (...) можна додати таке. Однією з аксіом створення національної держави є здобуття церквою, до якої залічує себе більшість населення, статусу автокефалії. Основною технологією, за допомогою якої РПЦ і УПЦ МП можуть перешкоджати цьому процесу, є організація і поглиблення церковних розколів. Застосування цієї технології, нарощування тиску на Україну за допомоги Церкви пояснює той факт, що УПЦ МП ніколи не стане співницією держави в процесі досягнення загальнонаціональної єдності (а разом і єдності та миру у конфесійній сфері, які багато в чому ціюзагальнонаціональну єдність зумовлюють)" [4, с. 144].

Тому, як слушно наголошує Козловський О. Р., "слід пам'ятати, що ця конфесія не просто перешкоджає досягненню автокефалії православної церкви в Україні, а й унаслідок своєї войовничої проросійської, антизахідної, антиєкуменічної позиції й стратегії нетерпимості стосовно інших конфесій є каталізатором релігійної війни в Україні. До такої війни підштовхує також низка стратегій, вироблених РПЦ ще на Архієрейському соборі 18 – 23 лютого 1997 року" [там само]. Вони, на думку вченого, полягають у такому:

"а) канонізація святих, зокрема царської сім'ї, яка для віруючих України насичена пропагандистським ефектом виховання загальноросійської, "імперської ідентичності";

б) важливість співпраці РПЦ з арміями і правоохоронними органами, зокрема й держав СНД (тобто підвищується можливість впливу на силові структури України з боку Росії);

в) демонстрування жорсткої позиції стосовно УГКЦ і представників влади, котрі підтримують цю церкву, та автокефалістів (цією акцією посилюється конфронтація між православними і греко-католиками й унеможливлюються будь-які спроби конструктивного діалогу між цими конфесіями);

г) анафема стосовно глави УПЦ КП Філарета (Денисенка), відлучення від церкви священнослужителів Гліба Якуніна, Русанцова, Старини, Шибасва (колишніх священнослужителів РПЦ, які нині перейшли до УПЦ КП), що веде за собою цілковите виключення УПЦ КП із православного середовища, оскільки "анафема означає практичну ізоляцію не лише анафематствованного, а й усіх

членів конфесії від спілкування як із представниками православних, так і інших християнських Церков, що мають апостольське походження. Спілкування можливе лише на побутовому рівні. А це, своєю чергою, ускладнює будь-який діалог між представниками Церков, що відносять себе до православної традиції, з метою об'єднання конфесій в Україні в єдину православну Церкву” [4, с. 144-145].

Інструменталізація релігії з пропагандистською метою обмежує суб'єктивність думки і в цілому волю дії та думки людини. Таким чином завдяки їй, на жаль, з огляду на дії сьогодення досягаються не лише нерелігійні цілі, а й політичні, ідеологічні, військові. Внаслідок цього віросповідання повністю втрачає своє духовне та глибоке морально-ціннісне значення і набуває поняття знаряддя. Це дуже небезпечна тенденція, оскільки сакралізується те, що є протилежним по своїй суті. Росія впродовж сторіч нав'язує історію обману. Насильницьке примушування українців скоритися штучно спотвореній світоглядній конструкції призвело до потрапляння москowitzами у власну ж пастку: ментальність і культура нації, яка виборює свободу, бере гору над способом примітивного існування східних сусідів, бо ми докорінно різні. І це засвідчує вкотре, що істинного духовного зв'язку між українцями й росіянами ніколи не існувало. На рівні віросповідання на разі розбіжність знову ж підтверджується ставленням до сьогоденних реалій – жорстокої війни росіян проти українців. Освячення цієї війни РПЦ і благословення вбивати українців ставить, на нашу думку, під сумнів її людяність та право на легітимність в канонічному сенсі.

Література:

1. Попов М. В. Філософія: підручник.. – К: ВСВ “Медицина”, 2011. – 344 с.
2. Hitchens C. God Is Not Great: How Religion Poisons Everything. – New York: Grand Central Publishing, 2007. – 320 p.
3. Здіорук С. І. Вплив релігії на демократичний поступ української нації в новітню добу // Релігійна свобода: Свобода релігії і міжрелігійний діалог: глобальні виміри і локальні вияви. Науковий щорічник / За заг. ред. А. Колодного. – № 16. – К: УВК, 2011. – С. 280-288.
4. Козловський О. Р. Релігійна свідомість і релігійні практики населення сучасної України як предмет соціально-філософського аналізу. – Київ: ВД “Стилос”, 2007. – 192 с.

Обельницька А. Т.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
obelnickanasta@gmail.com

Науковий керівник:
к. філос. н., доц. Вячеславова О. А.,
доцент кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ФІЛОСОФІЯ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

У ХХІ столітті медицина перетворилася на живу тканину суспільства, де наука крізь щоденні рішення переплітається з етикою, філософією й соціальною відповідальністю. У мирних реаліях це вже не просто, а під час війни будь-який крок лікаря підсвічується подвійно.

Філософія медицини запитує: що насправді означає “цінність життя” і де проходить межа допустимого втручання? У теперішній час людське життя є найбільшою цінністю, проте бувають випадки, де ця цінність не є абсолютна, оскільки вона суперечить не тільки іншим моральним та етичним цінностям, а і поняттям якості життя людини.

Насправді людське життя є найбільшою соціальною цінністю – про це нагадує стаття 3 Конституції України: людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю [1].

Життя – “вагома першорядна цінність, складний і багатовимірний феномен, що поєднує біологічні, психологічні, культурно-історичні, філософсько-етичні, загалом тілесно-душевні та матеріально-духовні компоненти. Людське життя – підвалина всілякого добра, джерело особистої активності і суспільного співжиття; фундамент усіх благ людини” [2, с. 62].

Ліщинська О. І. у своїй праці “Цінність життя як аксіологічний орієнтир етико-прикладного знання” слушно показує, що цінність життя не вичерпується біологічною тривалістю, апелюючи до двох авторитетів – Іоана Павла II та Е. Фромма. “На думку Іоана Павла II, життя є прагненням до повноти буття, воно долає межі часу. Життя окремої людини не можна розглядати поза зв'язком зі світом загалом. За лякаючою конче́нністю життя індивіда прихований неосяжний безконечний смисл. Згідно з християнським віровченням, добре начало життя є його вічним началом.

Інший аргумент на підтвердження вагомості цінності життя для прикладної етики можна знайти в концепції Е. Фромма: життя – це буття, а не володіння. Як відомо, концепція “нової людини” мислителя наповнена принципом буття. Філософ переконаний: людина – єдина істота, що розглядає своє буття як проблему, яку вона мусить розв'язати. Протиріччя є фундаментальною особливістю людського життя. Е. Фромм виділяє дві провідні тенденції, два модуси людського існування – принципи буття і володіння” [Цит. за: 2, с. 63].

На наш погляд, поєднання цих двох підходів створює цілісний етичний компас: християнська ідея дарованості підкреслює безумовну цінність самого

факту життя, а фроммівський акцент на бутті нагадує про наповненість і гідність кожного прожитого дня. Лікарська практика має, отже, не лише зберігати біологічне існування, а й підтримувати спосіб життя, у якому людина лишається суб'єктом власної історії.

У центрі медичної етики – повага до цінності людського життя. Класичний принцип “святості життя” стикається з випадками медичної футильності, коли “апарат лише подовжує страждання”. Сучасна біоетика наголошує, що завдання лікаря полягає не лише у підтримці організму, а й у “забезпеченні гідних днів, коли має значення їх якість: фізичний і психологічний комфорт, автономія, збережена гідність. Тому медик щодня балансує між прагненням урятувати, правом пацієнта на самостійний вибір і браком ресурсів” Війна робить ці питання драматичнішими. Під постійними обстрілами паліативна допомога, триаж і лікування без надії на одужання виходять із підручників у реальність. Триаж – це мистецтво трагічного вибору, а не акт байдужості. Перші тижні повномасштабного вторгнення показали, як швидко система перевантажується: госпіталі переповнені, час і препарати – на вагу золота, а рішення про місце у відділенні інтенсивної терапії перетворюються на моральний тест.

“За умов масових втрат унаслідок війни, політичного конфлікту чи етнічного насильства полегшення страждання – паліативна допомога – має бути пріоритетом, поступаючись лише збереженню життя” (переклад з ориг. англ) [4, с. 26].

Іншими словами, знеболення та полегшення страждань – не “друга черга” після реанімаційних процедур, а рівноцінна, невідкладна частина допомоги. Для українських медиків, які працюють під обстрілами й з дефіцитом ресурсів, ця рекомендація стає моральним орієнтиром: навіть коли неможливо врятувати життя, вони зобов’язані рятувати гідність і зменшувати біль кожного пацієнта.

У військовій медицині рамки ще жорсткіші. Стаття 12 Женевської конвенції вимагає “нейтральної та негайної допомоги всім пораненим, незалежно від сторони конфлікту” [3]. Лікар може опинитися перед пораненим ворогом, а дефіцит ресурсів змушує застосовувати “чорну” категорію триажу – фактичну відмову від лікування задля порятунку більшості.

Ще одна серйозна дилема – конфлікт принципів *beneficium* і *non maleficium*. У мирний час вони доповнюють одне одного, але в бойових умовах наказ “не лікувати чужого” ставить медика між професійною етикою й військовою дисципліною. Справжнє добро не може спиратися на шкоду.

Міжнародне гуманітарне право та професійні декларації такі як Женевська конвенція про поліпшення долі поранених і хворих у діючих арміях (стаття 12) від 12 серпня 1949 року закріплюють положення, що навіть у найжорстокішій війні лікар зобов’язаний залишатися нейтральним, не застосовувати знання проти людини й полегшувати страждання незалежно від форми та прапора на рукаві пацієнта [3].

Отже, принципи *beneficium* і *non maleficium* не лише зберігають чинність у воєнний час – вони стають ще актуальнішими. Медик, який у польових умовах зберігає етичний компас, доводить, що справжня медицина не знає політичних чи моральних кордонів і що життя цінне не лише як біологічний факт, а як акт гідності й відповідальності.

Література:

1. Конституція України // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 30.
2. Ліщинська О. І. Цінність життя як аксіологічний орієнтир етико-прикладного знання. *Університетська кафедра*. – 2013. – № 2. – С. 57–73.
3. “Женевська конвенція про поліпшення долі поранених і хворих у діючих арміях (12 серпня 1949 р.)”. – URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_151 (дата звернення: 15.05.2025).
4. *Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide*. Geneva: WHO, 2018. – 107 p. – URL: <https://www.who.int/publications/item/9789241514460>

Сегень Ю. О.,

НМУ імені О. О. Богомольця,
julia.segen05@gmail.com

Науковий керівник:

д. філос. н., проф. Шевченко С. Л.,
професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

СТАВЛЕННЯ РЕЛІГІЙ ДО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ, ЯК МЕДИЧНОЇ МАНІПУЛЯЦІЇ

Релігія має колосальний вплив на життя та життєві переконання і моральні принципи певних груп суспільства, а також визначає ставлення людей до різних аспектів повсякденного життя. Одним із цих аспектів є різноманітні медичні процедури, зокрема мова йдеться про такі маніпуляції, як аборти, переливання крові та вакцинація. Різні релігії та віросповідання мають свої погляди на ці процедури. Ці погляди зазвичай обґрунтовані словами з священних текстів, духовними принципами та моральними засадами. У даній розвідці ми проаналізуємо ставлення різних релігій до такої медичної маніпуляції, як аборт, або іншими словами переривання вагітності.

Християнська церква інтерпретує аборт як вбивство, оскільки згідно з Писанням: “Життя людині дає Бог і це Його дар, який треба з вдячністю приймати”. Водночас переривання вагітності розцінюється як заперечення духовних цінностей християнства, що призводить зрештою до деморалізації та виродження нації. У Біблії наведено чимало думок, згідно яких початок життя людини відраховується не з моменту народження, а з моменту зачаття: “Так говорить Господь, що тебе учинив і тебе вформував від утроби, і тобі допомагає: Не бійся, рабе Мій, Якове, і Єшуруне, якого Я вибрав!” (Ісаїя 44:2) та “Ще поки тебе вформував в утробі материнській, Я пізнав був тебе, і ще поки ти вийшов із нутра, тебе посвятив, дав тебе за пророка народам!” (Єремія

1:5) [1; 2]. Як бачимо, такі твердження дають підстави зробити висновок, що для християнства дитина вже з моменту запліднення, навіть на ранніх етапах формування плоду, вже є повноцінною людиною з унікальною душею. Тому, коли жінка приймає рішення зробити аборт – це рівноцінно вбивству людини, що в християнстві вважається одним з найбільшим гріхів.

Якщо звертатись до авторитетної думки раннього християнства з приводу аналізованої проблеми, доречно навести позицію Василя Великого, архієпископа Кесарії Каппадокійської в Малій Азії, визначного церковного діяча того часу, одного з Отців Церкви, християнського святого й одного з великих Трьох Святителів, щодо окресленої проблеми. На його думку, “та, що навмисно погубила в утробі плід, підлягає осудженню смертовбивства. Чіткого розрізнення плоду сформованого, або ще не сформованого, у нас немає. Бо тут належить покарати не тільки за те, що мало народитися, але і за те, що створила загрозу для самої себе: оскільки жінки, від таких вчинків, дуже часто помирають. До цього додається і погублення плоду, як друге убивство, від тих, що посяглися на це свідомо. Втім, належить не до смерті накладати на них покаяння, але приймати їх у спілкування, після того, як мине десять років; лікування ж вимірювати не роками, а способом покаяння” [1; 2]. Принагідно варто наголосити, що впродовж понад двох тисяч років розвитку християнства (розділення на католицизм і православ'я, поява протестантизму) ставлення до абортів фактично не змінилося навіть в уже сьогодні посталих трьох християнських конфесіях, що засвідчують сучасні дослідження [3; 4].

Звернення до інших релігій, зокрема **юдаїзму**, засвідчує, що в них також наявні власні переконання і чіткі правила щодо переривання вагітності: “... Відповідно до останнього звіту за 2011 рік, опублікованому Центральним статистичним бюро Ізраїлю (ЦСБ) відзначається, що в 2011 році за дозволом звернулося 18974 жінки, і 99,1% з них отримали дозвіл спеціальних комісій щодо абортів при лікарнях. Від євреєнок прохань надійшло вдвічі більше, ніж від мусульманок, християнок” [5]. Не зважаючи на таку статистику щодо абортів в Ізраїлі, “саме народження немовляти, його зачаття і розвиток в утробі матері сприймається юдаїзмом як постійно повторюване диво. Цей акт, цей процес нагадує людині про її богоподібність: подібно до того, як Бог створив людину, котра принципово відрізняється за своєю природою від решти живого світу, так і дві люблячі істоти, нащадки Адама і Єви, здатні створити розумну особистість” [5]. Ставлення іудеїв і християн до абортів є схожим, адже в обох авраамічних релігіях народження дитини є дивом і благословенням Творця. В юдаїзмі окреслюються чіткі заборони на переривання вагітності, що знову схоже з переконаннями християн. Ба більше, варто наголосити, що іудеї вважають акт зачаття дитини дивом, у якому беруть участь не двоє, а троє осіб на чолі з Творцем світу. І тому переривання вагітності є також втручанням у плани Творця і його волю, що вважається неприпустимим гріхом. Тому юдаїзм доводить, що якщо дитина була послана жінці, то ця дитина має народитись, адже така воля Творця.

Категорична заборона на здійснення абортів обґрунтовувалася й тим, що зародок у тілі матері є того самого роду живою істотою, що й звичайна людина, або навіть вищою. Втім, варто зауважити, що одностайної думки

з цього приводу ні у великих єврейських мудреців – укладачів Талмуду, ні пізніше у рабинів ніколи не було.

У Талмуді, зокрема, наводиться запис бесіди рабі Іегуди ха-Насі з римським імператором Антонієм – одним з найбільших інтелектуалів свого часу: “Антоній запитав Раббі: “З якого часу з’являються в людині погані схильності?”. Раббі відповів: “З моменту створення”. Сказав Антоній: “Якщо це так, він прорвав би утробу матері і вийшов назовні. Ні, це відбувається, коли він з’являється на світ!” І зізнався перед ним Раббі, “що це відповідає словам Писання, як сказано: Бо намір серця людини злий від юності її”. І ще запитав його Антоній: “З якого часу душа вселяється в людину?” Відповів Раббі: “Коли вона виходить з утроби матері”. Сказав йому Антоній: “... Ні. Це відбувається, коли велено відбутися зачаттю”. І визнав Раббі, “що є вірш, який підтверджує це ...” [Цит. за: 6]. Даний уривок з Талмуду, на нашу думку, показовий насамперед тим, що в ньому в ході диспуту єврейський мудрець визнає правоту не єврея. Водночас наведений діалог засвідчує, що такий видатний знавець Тори, яким був Іегуда ха-Насі, вагався однозначно відповісти на поставлені римлянином запитання. Не зважаючи на те, що до однозначної думки у деяких питаннях терапевтичної практики аборту юдаїзм не доходить, переривання вагітності залишається неприпустимим і не дозволеним, що знову підкреслює схожість з християнством. Спираючись на сучасні дослідження даної проблеми, варто зауважити те, що в юдаїзмі на відміну від християнства, за медичної потреби аборт є дозволеним: якщо жінка не може розродитися, розсікають плід її в утробі і виводять його по частинах, бо її життя важливіше його життя. Якщо ж велика частина його вже вийшла при пологах, то не завдають йому шкоди, бо не гублять душу заради іншої душі” [Цит. за 3]. Тобто юдаїзм все ж має специфічні відмінності від християнства у ставленні до моменту народження дитини у випадках, коли існує реальна загроза для життя і здоров’я матері. Втім, наголосити потрібно і на тому, що фізичні вади плоду (мутації і тому подібне), не є показанням до аборту як в юдаїзмі, іак і в християнстві.

Розглянемо наступну авраамічну релігію, а саме **іслам**. В Кур’ані (Сура “Аль-Ан’ам”, Аят 151), робиться наступний заклик: “І не вбивайте своїх дітей, побоюючись бідності, адже Аллах дарує їжу вам разом з ними” [6]. Муфтії ДУМУ “Умма” Саїд Ісмагілов розповів, що про штучне переривання вагітності каже ісламське вівчення: “Передусім хочу сказати: взагалі Іслам забороняє аборти, проте є винятки, що стосуються особливих обставин. Якщо, наприклад, медично обґрунтовано, що народження дитини призведе до смерті жінки чи становить реальну загрозу її здоров’ю, чи дитина народиться з вадами, що несумісні з життям, – у таких випадках дозволено зробити аборт. Окрім того, є випадки, коли жінка завагітніла внаслідок зґвалтування. По-перше, якщо жінка в такій ситуації сама бажає народити цю дитину, то, звісно, вона може її народити. Якщо вона не бажає народжувати дитину від ґвалтівника та не відчуває себе спроможною цю дитину привести на світ і виховати, то, згідно з ісламським вівченням, вона також може перервати вагітність” [7]. Роз’яснення муфтія Саїда Ісмагілова свідчить, що в ісламі стосовно переривання вагітності також є свої усталені переконання, які частково схожі з християнством і юдаїзмом. Тобто аборт є гріхом і вбивством, втім, що вельми

показово, в Ісламі передбачені певні виключення і передбачені правила, згідно яких жінка має право зробити аборт.

“Але у будь-якому випадку, – наголошує Саїд Ісмаїлов, – таке медичне втручання до 120 дня вагітності. Річ у тім, що на 120 день, як казав пророк Мухаммад, приходить ангел і приносить душу нової людини. Тобто в цієї дитини, що розвивається в утробі матері, вже зі 120 дня з'являється душа, і тоді вже не можна переривати це життя. Тож якщо з медичних або соціальних причин існує потреба перервати вагітність, це треба зробити до 120 дня від моменту зачаття, інакше цю дитину треба народжувати” [7]. Дане уточнення і відрізняє іслам від християнства і юдаїзму. Адже в останніх вважається, що з першого дня зачаття дитина є унікальною душею і прирівнюється до людини ще в утробі матері на ранніх етапах розвитку, натомість в ісламі душа дається дитині лише з 120 дня вагітності і лише після цього терміну аборт уже протипоказаний. Хоча тут теж є певні виключення, як зауважує пан Ісмаїлов, адже якщо вагітність після 120 дня стає загрозою для життя матері і є медичне підтвердження цьому, то перервати таку вагітність можна незважаючи на її термін [7]. Тобто можна сказати, що іслам має більш “демократичні” погляди на спірне питання стосовно переривання вагітності.

Насамкінець розглянемо питання абортів в **буддійському вченні**. Переривання вагітності, з позиції буддизму, підпадає під категорію руйнівної дії, яка забирає життя. Цього не можна заперечувати – це переривання життя іншої істоти. В буддизмі розрізняються різні типи мотивації, пов'язані з позбавленням життя. Якщо мотивацією є егоїстична стурбованість, наприклад, небажання мати обов'язок піклуватися про дитину, або втратити фігуру, або щось подібне, то це робить аборт беззаперечним вбивством. Це витлумачується тим, що і мотивація, і сама дія є деструктивними [8]. Хоча існує багато причинних мотивацій, які можуть бути задіяні, буддійське вчення стверджує, що на тяжкість кармічних наслідків впливає наша теперішня мотивація. Тому, якщо ми з якихось причин вирішили зробити аборт, нам дійсно потрібно бути уважними до того, що відбувається в нашій голові та серці на початку операції. Це важливіше, ніж те, що спонукало нас звернутися до клініки. Тому, згідно буддизму, дуже важливо в момент абортів думати з любов'ю про дитину, яку абортують. Потрібно бажати їй добра в майбутньому житті і, в певному сенсі, думати й просити прощення за ситуацію, що склалася. Це не перетворює аборт у конструктивний вчинок. Вбивство є вбивством. Втім це, безумовно, мінімізує наслідки страждань, які настануть після цього. У деяких буддійських традиціях проводять церемонії для абортованого плоду, щось на кшталт похоронної служби. Це надзвичайно корисно для матері, решти родини і, звичайно, для абортованої дитини. В основі цього обряду лежить повага до ненародженої істоти як до живої. Їй дають ім'я і проводжають з молитвами, бажаючи благополуччя її майбутньому життю. Жінки, які мали такий досвід, вважають, що це дуже зцілює та допомагає [8]. Таким чином ставлення буддійського вчення до абортів є найбільш лояльним з усіх проаналізованих у даній розвідці релігій, адже питання моральної оцінки абортів, залежить від мотивації з якою було зроблено дану медичну маніпуляцію.

Отже, заборона переривання вагітності є важливим моральним і етичним питанням для багатьох релігійних традицій. Різні релігії, такі як християнство, іслам, юдаїзм, буддизм та інші, мають свої погляди та переконання щодо переривання вагітності. В основному ці переконання, як вже було зазначено вище, ґрунтуються на священних текстах та релігійних вченнях. Після того, як ми проаналізували ставлення різних світових релігій до абортів, можна зробити умовивід про те, що прослідковується певна закономірність у всіх релігійних вченнях у ставленні до абортів. Дана медична маніпуляція з боку релігій оцінюється негативно і вважається морально неприпустимою, оскільки вбивство ненародженої дитини суперечить основним релігійним заповідям. Однак навіть у таких переконаннях існують певні виключення, коли аборт дозволяється у випадках загрози життю матері або коли дитина була зачата внаслідок зґвалтування жінки (допустимі виключення, які передбачені в ісламі, частково юдаїзмі, а також буддизмі, який потребує абортів обґрунтовує мотивацією матері стосовно цієї процедури). Втім, на нашу думку, прийняття рішення стосовно переривання вагітності має залишатися прерогативою вагітної і її переконань, не залежно від того, є вони релігійними чи ні. Водночас у прийнятті даного рішення важливими є медичні показання, зокрема: смерть плоду в утробі; загроза життю жінки через неправильне протікання вагітності; порушення внутрішньоутробного розвитку; необхідність проведення медичних процедур жінці (наприклад, трансплантація органів, хіміотерапія) [9].

Отже, підсумовуючи проаналізовані думки та узагальнення сучасних дослідників даної проблеми [2], варто підкреслити, що релігійні переконання в ставленні до абортів в сучасну добу мають залишатись в морально-ціннісній площині і носити рекомендаційний характер, адже з розвитком медицини люди стали більше опиратись на медичні показання для даної процедури, а згідно принципу “автономії пацієнта” останнє слово залишається за вагітною, або її близькими (сім’єю, родиною, опікунами), адже саме вони повинні приймати це не просте рішення, зважаючи на різні аспекти, як з позиції вагітної, так і з боку медичних показань і релігійних переконань (враховуючи, що будь-яка релігія виступає передумовою етики).

Література:

1. Священник: “Даруйте життя, замість того, щоб його відбирати” (01.05.2023). – URL: <https://firtka.if.ua/blog/view/sviashchennik-daruite-zhittia-zamist-togo-shchob-yogo-vidbirati>
2. “Аборт: християнська точка зору”. – URL: <https://firtka.if.ua/blog/print/abort-hristianska-tocka-zoru-34679>
3. Белінська А. М. Ставлення до абортів в різних релігіях // Філософія релігії та медицини в постсекулярну добу: матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф., присвяченої пам’яті свт. Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького). – К.: НМУ ім. О. О. Богомольця, ВР ІФ ім. Г. С. Сковороди НАНУ, 2021. – С. 239-243.
4. Левко Я. Моральна оцінка “терапевтичного” абортів в католицькому та православному вченні [Магістерська робота]. – Львів: ЗВО Український католицький університет, 2021. – 70 с.

5. “Аборт в юдаїзмі та християнстві: свобода вибору, чи вбивство ?” (13.09.2014). – URL: <https://tureligious.com.ua/abort-v-yudajizmi-ta-hrystyianstvi-svoboda-vyboru-chy-vbyvstvo>
6. “Про аборти в Ісламі”. – URL: <https://islam.ua/uk/rodina/vahitnist-i-polyhy?view=article&id=1296&catid=11>
7. “Ісламський погляд на штучне переривання вагітності” – слово муфтія. – URL: <https://umma.in.ua/ua/node/1769>
8. Берзін А. Буддійська сексуальна етика: основні питання. – URL: <https://studybuddhism.com/uk/tybetskyi-buddyzm/shliakh-do-prosvitlennia/karma-ta-pererodzhennia/buddiiska-seksualna-etyka-osnovni-pytannia>
9. “Про затвердження Порядку надання комплексної медичної допомоги вагітній жінці під час небажаної вагітності, форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення / Наказ МОЗ України № 423 від 24.05.2013. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1095-13>

Уруська П. О.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
polinauraska7@gmail.com

Науковий керівник:
д. філос. н., проф. Шевченко С. Л.,
професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

РЕЛІГІЯ ЯК ВИЗНАЧАЛЬНИЙ ФАКТОР ВЗАЄМОДІЇ НАРОДНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Релігія та клінічна медицина – невід’ємна частина суспільного життя, вона впливає на фізичне та духовне здоров’я. У багатьох випадках вони взаємодіють, створюючи унікальні підходи до лікування. Африка є прикладом такої взаємодії. До появи новітньої медицини традиційна відігравала важливу роль у здоров’ї африканців. Релігія африканської культури пов’язана з лікуванням за допомогою духовних засобів, допомагали в такому лікуванні лідери чи цілителі. Такі “лікарі” розбирались в місцевій флорі, знали, яке велике значення мають її лікувальні властивості. Пізніше, після появи колоніального устрою такі практики оголосили надто “примітивними” та “магічними”, це призвело до переслідування народних цілителів, які виконували роль медиків [1].

Релігійні вірування та лікування. Релігія часто впливає на ставлення пацієнтів до захворювань та методів їх лікування. У багатьох африканських спільнотах захворювання можуть вважатися результатом надприродних явищ, наприклад, злий дух, прокляття чи порушення духовних норм. Через це пацієнти можуть звертатися до знахарів для духовного очищення, навіть

якщо можуть скористатись клінічною медициною. Діагностика у традиційній медицині включає аналіз фізичного та психоемоційного стану пацієнта, також ритуальні практики. Лікування часто має символічне значення, використовуючи трави, ритуали очищення, масажі або навіть жертвопринесення тварин для позбавлення від хвороб [1].

Фіксуються випадки, коли хворі взагалі відмовляються від будь-якого лікування. Наприклад, свідки Єгови відмовляються переливати кров, а мусульмани – від певних ліків, які містять свинину або алкоголь, у деяких громадах може виникати питання щодо проведення операцій жінкам лікарями-чоловіками, адже їхні погляди на певні процедури суперечать стандартам клінічної медицини. Це стає своєрідними викликами для лікарів у забезпеченні ефективного лікування.

Сучасні виклики та перспективи. Традиційна медицина поступово інтегрується з науковою, навіть в деяких африканських країнах, де уряди почали визнавати її цінність і адаптують до сучасних стандартів. Але це супроводжується викликами (обмежене фінансування, недостатній доступ до медичних закладів і культурні бар'єри).

У клінічній медицині все ще відчувається вплив релігії, особливо в етичних питаннях (трансплантація органів, аборти чи вакцинація). Релігійні переконання пацієнтів, їхніх родин призводить до відмови від процедур, що вимагає від медичних працівників високої компетентності і делікатного підходу до таких ситуацій.

В Україні релігійні переконання також впливають на медицину, зокрема на вакцинацію. У деяких релігійних громадах є недовіра до вакцинації, через певні переконання. Водночас християни підтримують паліативну допомогу та догляд за важкохворими, що є важливим аспектом медичної практики [1].

Етичні та соціальні виклики. Одним із головних викликів є конфлікт між науковими методами лікування та традиційними підходами, які ґрунтуються на віруваннях. Релігійні переконання можуть обмежувати доступ до певних видів лікування. Крім того, поширення хибних уявлень про лікування таких хвороб, як ВІЛ/СНІД чи рак, може мати негативні наслідки для здоров'я населення.

Методи лікування в традиційній медицині. Традиційна медицина не обмежена декількома методами лікування, а має дійсно широкий спектр методів, які варіюються від біомедичних до ритуальних. До прикладу, лікування малярії може включати вживання трав'яних настоянок або їхніх випарів. Існує низка інших поширених методів:

- **Кровопускання** з подальшим нанесенням трав'яних мазей.
- Застосування **еметиків** (блювотних засобів) для очищення організму.
- **Зоотерапія** (використання жиру змії або кісток бабуїнів для лікування артриту).
- **Ритуали очищення** для відновлення духовної гармонії.
- **Акупунктура** – введення голки у певні точки на тілі з метою зменшення болю.
- **Бальнеотерапія** (лікування водними процедурами) [1].

Ці підходи засновані на тому, що лікування має бути спрямоване на фізичний та духовний стан пацієнта.

Взаємодія релігії з клінічною медициною. Попри розвиток сучасної медицини, близько 60-80% африканського населення покладається на традиційні методи лікування. У деяких регіонах традиційна медицина використовується навіть для боротьби з ВІЛ/СНІД, хворобами Ебола чи Марбург. Хоча традиційні методи не підтверджені науково, вони залишаються популярними.

З іншого боку, сучасна медицина часто зосереджується на фізичних причинах хвороб і виключає духовний компонент, це створює конфлікт із традиційними віруваннями. Успішна інтеграція традиційної медицини з клінічною потребує врахування як релігійного, так і культурного контексту пацієнтів [2].

Релігійні основи традиційної медицини. У багатьох африканських країнах процес лікування має релігійне значення, оскільки вважається, що тільки боги можуть спричинити хворобу і вилікувати її. Цілителі часто посилаються на вищі сили як на джерело своєї медичної сили. Народ Кунг вірить, що їхній головний бог Хіше створив усе, тому саме він контролює хвороби та смерть. Хіше дає лікувальну силу шаманам через сні та галюцинації. Тому лікування вважається актом служіння богу. У деяких випадках використовуються магічні закляття [2].

Ризики традиційних лікувальних практик. Не можна забувати про потенційну небезпеку використання деяких традиційних лікарських рослин, які можуть бути токсичними, наприклад, різні види алое. У разі неправильного застосування рослини можуть спричинити серйозні отруєння чи смерть. Також погано вивчені взаємодії між традиційними лікувальними засобами та фармацевтичними препаратами (антиретровірусні ліки для лікування ВІЛ/СНІДу). Тому все більше урядів африканських країн починають співпрацювати з офіційною медициною, щоб визначити безпеку трав і навчити людей правильно застосовувати альтернативні методи лікування.

Інтеграція традиційної та сучасної медицини. Зважаючи на значну роль традиційної медицини для населення Африки, зокрема в сільських районах, інтеграція її з сучасною медициною стає важливим завданням. У Південній Африці, наприклад, лікарські школи мають розглянути свою навчальну програму щодо традиційних, допоміжних і альтернативних методів лікування, а також можливості антивірусної ефективності трав як дешевої альтернативи хімічним препаратам. Така інтеграція дозволить покращити доступ до медичних послуг, зберігаючи при цьому культурні та релігійні цінності пацієнтів.

Філософські аспекти традиційної медицини. Не існує єдиного філософа традиційної медицини в західному розумінні цього терміну, але численні африканські мислителі досліджували перехрестя філософії, культури та медичних практик. Наприклад, Джон Мбітті, кенійський філософ і теолог, досліджував африканські традиційні релігії та філософію, підкреслюючи важливість взаємозв'язку життя, духовного виміру і громади. Іфі Амадіуме, нігерійська феміністка і філософ, вивчала гендерну динаміку в африканських суспільствах, включаючи роль жінок у традиційних практиках лікування [1].

Ставлення релігії до народної та клінічної медицини. *Католицька церква* розглядає медичну практику як важливу частину служіння людству,

яке є продовженням Ісуса Христа. Медична практика для католиків має духовне значення і ґрунтується на ідеї, що медицина є засобом служіння людству в ім'я Бога. Католицька Церква бере активну участь в обговоренні етичних питань медицини, таких як генна інженерія, штучне запліднення, евтаназія, аборти, трансплантація органів та інші важливі аспекти, пов'язані з життям і здоров'ям людини. Відповідно до канонів Католицької Церкви, життя є даром Божим, тому кожна дія, яка стосується життя та здоров'я, має відповідати високим моральним стандартам. До народної медицини католицизм ставиться з певною обережністю, застерігаючи, щоб такі практики насамперед не суперечили моральним та науковим принципам. Католицька церква підтримує розширене використання лікарських засобів, що пройшли відповідні наукові дослідження, і вважає їх важливою частиною процесу зцілення [3].

Протестантська церква також високо цінує медичну практику, але її підхід зосереджується на моральній відповідальності, як професійній, так і релігійній. Протестанти вважають, що людина має свободу волі, тому її не можна примушувати до медичних процедур, але вона зобов'язана діяти відповідно до моральних норм, визначених релігією. Водночас протестанти виступають за вирішення медичних проблем у правовому полі, особливо у справах, пов'язаних із біоетикою та клінічними дослідженнями. Протестанти також наголошують на необхідності співпраці між медичною наукою та релігією, вважаючи, що наукові досягнення не повинні суперечити вірі, а лише доповнювати її [3].

Іудаїзм підходить до медицини з глибокою повагою до життя, яке вважається священним. Для іудейської релігії лікарі повинні робити все можливе, щоб зберегти життя, а також уникати вживання ліків, які можуть викликати залежність або психічні розлади. Медична діяльність в іудаїзмі повинна бути зосереджена на боротьбі за життя людини, навіть якщо це вимагає складних і тривалих процедур. Іудаїзм ставиться до медичних практик з глибокою повагою, вважаючи життя людини священним і недоторканим. У єврейській медицині лікар має бути готовим боротися за життя пацієнта до останнього, використовуючи всі доступні методи [3].

Іслам також високо цінує людське життя, але в ньому немає жодного інституту духовенства, а це означає, що відповідальність за прийняття медичних рішень лежить на віруючих. Іслам категорично відкидає будь-які дії, які можуть зашкодити майбутньому життю, в тому числі аборти. В ісламі лікування також є важливим обов'язком, і мусульмани вважають медицину не тільки науковою, а й релігійною практикою. Іслам дозволяє використання як клінічних методів лікування, так і народних засобів, якщо вони не суперечать вірі та принципам Корану [3].

Буддизм підкреслює, що всі живі істоти мають право на життя і що медичне втручання має керуватися принципом співчуття. Буддисти стверджують, що лікування має бути щадним і спрямованим на зменшення людських страждань, наприклад, за допомогою йоги чи фізичних вправ. Страждання, згідно буддизму, можна подолати за допомогою правильного поєднання духовних та фізичних практик. У буддизмі відсутні суворі правила

щодо медичних практик, втім велике значення має поєднання моральних принципів із медичними методами, що передбачає використання народних засобів лікування [3].

Вплив релігії на психічне здоров'я. Завдяки релігії зменшується тривога та страх смерті, релігія допомагає знайти сенс життя, захищаючи людину від екзистенційної тривоги. Зі стресом боротись помагають різноманітні релігійні практики, такі як молитва або медитація, які знижують рівень стресу та розвивають стійкість до криз. Також релігія формує цілісну систему цінностей і вірувань, яка дає людині відчуття довіри до світу. Релігійні громади служать джерелом емоційної підтримки та сприяють соціалізації. Дослідження показують, що релігійність корелює зі зменшенням симптомів депресії, а також зниженням рівня споживання алкоголю та наркотиків, що скорочує кількість правопорушень. Водночас релігія впливає на зниження суїцидальної поведінки, тобто люди рідше йдуть на самогубство через наявність моральних заборон і підтримки з боку релігійної громади [4, с. 54-55].

Отже, взаємодія релігії та клінічної медицини є актуальною проблемою. У багатьох країнах традиційна медицина залишається важливим компонентом, який доповнює клінічну медицину. Ефективна інтеграція обох підходів вимагає врахування релігійного та культурного контексту пацієнтів. Для вирішення етичних та соціальних проблем медики повинні мати високий рівень компетентності та застосовувати делікатний підхід. Традиційна медицина також потребує подальших наукових досліджень і співпраці з клінічною медициною. Це допоможе забезпечити якісне лікування, враховуючи культурні особливості пацієнтів і зберігаючи їхні цінності. Медична етика в різних релігіях значною мірою визначається уявленнями про святість життя та моральні зобов'язання по відношенню до інших людей, релігійна етика допомагає знайти баланс між науковими розробками та моральними засадами, забезпечуючи етичну складову медичної допомоги.

Література:

1. Vermenko A. Y., Ifeoluwa O. K. E. Development of traditional medicine in Africa: philosophical and religious trends interaction Філософія релігії та медицини в постсекулярну добу: матеріали VI Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої пам'яті свт. Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького) – К.: НМУ ім. О. О. Богомольця, ПП "Видавництво "Фенікс"", 2024. – С.109-113.
2. Mahomoodally M. F. Traditional Medicines in Africa: An Appraisal of Ten Potent African Medicinal Plants // Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, Volume 2013, Pp.1-14. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3866779/pdf/ECAM2013-617459.pdf>
3. Примак Р. (2013), "Ліки та пенірія". – URL: <https://fp.com.ua/articles/liki-i-religiya/>
4. "Охорона психічного здоров'я: підручник для лікарів" / [колектив авторів]; за заг. ред. професора Л. М. Юр'євої, професора Н. О. Марути. – Харків: Строков Д. В., 2022. – 383 с. – URL: <https://repo.dma.dp.ua/8174/1/REP0001366%20%281%29.PDF>

Щербина Я. С.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
serbinayroslava0@gmail.com

Науковий керівник:
к. філос. н., доц. Вячеславова О. А.,
доцент кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ЛІКАР ЯК ПРОФЕСІОНАЛ ТА ЦІЛИТЕЛЬ: ПОЄДНАННЯ РАЦІОНАЛЬНОГО ТА ЕМОЦІЙНОГО У МЕДИЦИНІ

Питання того, яким повинен бути лікар, поставало в суспільстві ще з того часу, як мистецтво загоювання ран з'явилося у світі. В часи, коли домінантним у світі був релігійний світогляд, було чітке пояснення, які риси має справжній лікар і яке мусить бути ставлення людей до цілителя. Біблія нам говорить: "Шануй лікаря честю заради потреби у ньому, бо Господь створив його, і від Вишнього – зцілення, і від царя одержує він дар. Знання лікаря піднесе його голову, і між вельможами він буде у пошані. Господь створив із землі зцілення, і розсудлива людина не буде зневажати їх. Чи не від дерева вода зробилася солодкою, щоб пізнана була сила Його? Для того Він і дав людям знання, щоб прославляли Його у дивних ділах Його: ними він зціляє людину і знищує хворобу її. Той, хто готує ліки, робить з них суміш, і заняття його не закінчуються, і через нього буває благо на лиці землі. Сину мій! у хворобі твоїй не будь недбалий, але молися Господу, і Він зцілить тебе. Залиш гріховне життя і виправи руки твої, і від усякого гріха очисти серце. Вознеси пахощі й із семидала пам'ятну жертву і зроби приношення повне, ніби ти уже помираєш; і дай місце лікареві, бо і його створив Господь, і нехай не віддаляється він від тебе, бо він потрібен. У якийсь час і в їхніх руках буває успіх; бо і вони моляться Господу, щоб Він допоміг їм подати хворому полегшення і зцілення для продовження життя. Але хто грішить перед Творцем його, нехай упаде у руки лікаря!" [1].

Проте зараз релігійна думка не є панівною у світі, тому суспільна думка визначає, якими рисами має бути наділений цілитель.

З одного боку, вважають, що лікар – це людина, яка нескінченно закохана в медицину і, що важливіше, має щире бажання допомогти кожному. І це справді так, адже кожна людина, яка стала на складний і витривалий шлях медицини, знає, що хоче принести користь цьому світу, рятуючи інших.

Також у суспільстві існує переконання, що медики мають милосердне і по-материнськи добре серце, яке завжди допоможе, вислухає і ніколи не нашкодить. Цілитель немовби заживляє не лише тілесні рани, а й душевні, пропускаючи крізь себе всі ті проблеми, які турбують хворого. Адже, якої спеціальності не був би лікар, він все одно є психотерапевтом для своїх пацієнтів.

Проте ці думки нашоухують на запитання: "Чи не постраждає від такого лікування власне лікар"? Відомою сучасною хворобою медиків є професійне

емоційне вигорання. Які його причини і як лікареві можливо його уникнути?

Насамперед основною причиною є те, що вважають поняття емпатія тотожним до співпереживання, однак це не так. Співпереживання це завжди надмірна жалість до пацієнта, ніби співставлення себе з ним. Натомість емпатія це адекватна здатність розуміти емоції пацієнта і вміти направляти хід лікування відповідно до них. Саме тому доцільно детальніше розглянути соціальну роль лікаря, його особистісні якості, а також професійну навичку лікарської емпатії.

Звичайно кожен визначає особистісні риси лікаря по своєму: для когось важлива комунікабельність, для когось відповідальність, а хтось надає найбільшого значення чесності. Проте всі погоджуються з тим, що лікар має завжди володіти клінічним мисленням. Адже в ході непередбачуваної і небезпечної ситуації вміння зібратися і застосувати саме ті знання, які потрібні, є найважливішим [2].

Лікар – це майже як боєць на передовій. Адже незважаючи на будь-які умови, такі як COVID-19 чи збройні конфлікти, лікар мусить завжди рятувати людей. І не важливо, які методи він для цього обрав: чи то виконувати санітарно-просвітницьку роботу, чи під шквалом снарядів надавати першу допомогу пораненим. Все одно він виконує свій обов'язок – допомагати людям.

Вважається, що починаючи працювати лікар повинен повністю відкинути емоції і до будь-якої задачі підходити з гострим розумом і холодним серцем, проте саме внутрішній запал, який виникає, коли стикаєшся з хворобою і хочеш її здолати є набагато ціннішим і важливішим для цілителя. Не варто забувати і про моральний образ лікаря. Основна задача лікаря – це вселяти в пацієнта відчуття підтримки і невидимої опори. Адже захворівши кожен з нас може стати ніби малою дитиною, за якою повинен абсолютний догляд і те саме відчуття, що на когось можна покластися. Емоційний інтелект тут відіграє провідну роль. Адже ефективно використовуючи цю навичку, лікар дізнається характер, темперамент і основні цінності свого хворого. На основі цих даних цілитель може в більш правильному напрямку направити хід лікування.

Деякі науковці зводять професійну емпатію виключно до комунікативних практик, ігноруючи прояви емпатії в контексті професійної медичної допомоги як форми діяльнісно-поведінкової турботи [3]. Такий підхід, є дещо необґрунтованим, оскільки знижує роль вольового компонента в структурі емпатії, тобто виключивши цей компонент зі складу емпатії, втратимо основну її суть. Зокрема, О. С. Вавринів наголошує на важливості вольових якостей як складової будь-якої професійної емпатії [4].

Саме вольова налаштованість – основа справжньої допомоги пацієнту. До вольової налаштованості можемо віднести такі якості, як ініціативність, витримку, рішучість і сміливість. Проявлення цих рис особливо потрібно пацієнтам, які душевно розбиті, адже тоді лікар виступатиме, як взірєць для наслідування.

Лікарська допомога ніколи не була бездушною. Вона включала в себе тепло, підтримку та здатність бути людиною саме там, де це найбільш потрібно. Якщо лікар вміє правильно використовувати навичку емпатії то, між ними виникає довіра – а це вже половина успіху в лікуванні. Однак важливо

вміти “виключати” режим лікаря після роботи, не тягнути думки про пацієнтів додому – інакше можна самому виснажитись.

Висновок. Емоційна складова є однією з головних у медичній практиці. Адже кожна патологія має фізичне відображення психологічних ран. Тому справжній лікар має вміти поєднувати високий рівень наукових знань з емпатією і клінічним мисленням, адже тільки так можна ефективно допомогти пацієнтові, забезпечивши комплексний підхід до лікування, який враховує не лише фізичний, а й емоційний стан хворого.

Література:

1. Біблія, Книга Премудрости Ісуса, Сина Сирахового (Сирах 38:1-15)
2. Вячеславова О. А. (2024) Емпатія, професійна емпатія, лікарська емпатія: спроба компаративного підходу. – URL: [https://doi.org/10.34017/1313-9703-2024-1\(23\)-2\(24\)-61-71](https://doi.org/10.34017/1313-9703-2024-1(23)-2(24)-61-71)
3. Леухіна, А. Г., Богдан, Д. Б. та ін. (2022), Людяність та емпатія в охороні здоров'я. Посібник для викладачів, Майстер-книга, Київ 364 с. – URL: [https://Людяність та емпатія \(mededu.org.ua\)](https://Людяність та емпатія (mededu.org.ua))
4. Вавринів, О. С., Яремко, Р. Я. (2018), “Теоретичні аспекти формування емпатії майбутніх рятувальників”, Дослідження різних напрямів розвитку психології та педагогіки: Збірник наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (16-17 листопада 2018 р., м. Одеса), “Південна фундація педагогіки”, Одеса, Ч.1, с. 12-15.

Автори доповідей:

1. **Базик Дмитро Васильович**, кандидат філософських наук, старший науковий співробітник Відділення релігієзнавства Інституту філософії імені Г. С. Сковороди НАН України, м. Київ.
2. **Білозор Дмитро Володимирович**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
3. **Бучма Олег Васильович**, кандидат філософських наук, доцент, старший науковий співробітник Відділення релігієзнавства Інституту філософії імені Г. С. Сковороди НАН України, член правління ГО "Українська асоціація релігієзнавців", м. Київ.
4. **Васильєва Ірина Василівна**, доктор філософських наук, професор, завідувач кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
5. **Васюк Ірина Василівна**, кандидат філософських наук, викладач кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
6. **Величко Олена Борисівна**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
7. **Вячеславова Олена Анатоліївна**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
8. **Галушко Олександр Сергійович**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії Київського національного університету будівництва і архітектури, м. Київ.
9. **Голотін Сергій Іванович**, кандидат філософських наук, доцент, Університет сучасних знань, м. Київ.
10. **Tetiana Danylova**, PhD, Associate professor, Senior Researcher, Laboratory of Psychosocial and Political-Psychological Research Methodology, Institute for Social and Political Psychology, National Academy of Educational Sciences of Ukraine, Kyiv.
11. **Дзевульська Ірина Вікторівна**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри описової та клінічної анатомії; **Маліков Олександр Вячеславович**, кандидат медичних наук, доцент кафедри описової та клінічної анатомії; НМУ імені О. О. Богомольця", м. Київ.
12. **Євдокимова Тетяна В'ячеславівна**, кандидат філософських наук, доцент кафедри філософії Київського національного університету будівництва і архітектури, м. Київ.
13. **Жадько Віталій Андрійович**, доктор філософських наук, професор, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя.
14. **Іщук Наталія Василівна**, доктор філософських наук, професор, професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.

15. **Silvia Capíková**, MA, LL.M, PhD, Deputy head and Assistant professor at Department of Labour Law and Social Security Law at Faculty of Law, Assistant professor at Faculty of Medicine, doc. **Maria Nováková**, LL.M, PhD, Associate professor at Faculty of Law; Comenius University in Bratislava, Slovakia.
16. **Карпенко Катерина Іванівна**, доктор філософських наук, професор, завідувачка кафедри філософії та суспільних наук Харківського національного медичного університету, м. Харків.
17. **Кірієнко Сергій Володимирович**, викладач кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
18. **Margita Kollárová**, Ph.D., PhD, Assistant professor at Faculty of Medicine, **Jana Trizuljaková**, M.D., Ph.D., Assistant professor at Faculty of Medicine, Institute of Social Medicine and Medical Ethics, Comenius University in Bratislava, Bratislava, Slovak Republic.
19. **Корсак Костянтин Віталійович**, доктор філософських наук, професор, **Кірик Тамара Вікторівна**, кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач, **Ляліна Ольга Олександрівна**, старший викладач, кафедра української та латинської мов, ПВНЗ "Київський медичний університет", **Корсак Юрій Костянтинович**, кандидат філософських наук, старший науковий співробітник Інституту вищої освіти НАПН України; **Бойчук Олена Сергіївна**, старший викладач кафедри педагогіки та психології Національного економічного університету імені Вадима Гетьмана, **Похресник Анатолій Костянтинович**, кандидат філософських наук, директор Київського фахового коледжу електронних приладів, м. Київ.
20. **Кудин Олександр Олександрович**, кандидат філософських наук, старший викладач кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
21. **Лавринович Олена Анатоліївна**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії та педагогіки Національного транспортного університету м. Київ.
22. **Максименко Ігор Геннадійович**, аспірант кафедри релігієзнавства філософського факультету КНУ імені Тараса Шевченка, м. Київ.
23. **Milan Lupták**, PhDr., CSc, výzkumne centrum Geomigrace, Přírodovědecká fakulta Univerzita Karlova, **Marína Luptáková**, PhDr., ThD, Ústav východního křesťanství, Husitská teologická fakulta Univerzita Karlova, Praha, Česká republika.
24. **Місержи Світлана Дмитрівна**, кандидат політичних наук, доцент, доцент кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
25. **Москвін Ярослав Вікторович**, старший викладач кафедри філософії та суспільних наук Харківського національного медичного університету, м. Харків.
26. **Науменко Олександр Миколайович**, доктор медичних наук, професор, член-кореспондент НАМН України, перший проректор з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти, **Мойсєєнко Валентина Олексіївна**, доктор медичних наук, професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини № 2, **Тарченко Інна Петрівна**, кандидат медичних наук, асистент кафедри внутрішньої медицини № 3, НМУ імені О. О. Богомольця, **Тарченко Наталія Володимирівна**, письменник, журналіст м. Київ.

27. **Недавна Ольга Володимирівна**, кандидат філософських наук, старший науковий співробітник Відділення релігієзнавства Інституту філософії імені Г. С. Сковороди НАН України, м. Київ.
28. **Павленко Павло Юрійович**, доктор філософських наук, доцент, провідний науковий співробітник Відділення релігієзнавства Інституту філософії імені Г. С. Сковороди НАН України, м. Київ.
29. **Панько Оксана Ігорівна**, кандидат історичних наук, доцент кафедри філософії Національного університету "Львівська політехніка", м. Львів.
30. **Покотило Костянтин Михайлович**, кандидат філософських наук, доцент кафедри філософії Київського національного університету будівництва і архітектури, м. Київ.
31. **Попов Антон Володимирович**, кандидат медичних наук, головний лікар ТОВ "Гомеопатія від Попових", м. Київ.
32. **Пошкурлат Андрій Володимирович**, викладач кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
33. **Предко Денис Єрофейович**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри загальної психології КНУ імені Тараса Шевченка, м. Київ.
34. **Предко Олена Іллівна**, доктор філософських наук, професор, професор кафедри релігієзнавства КНУ імені Тараса Шевченка, м. Київ.
35. **Птиця Микола Борисович**, аспірант кафедри релігієзнавства філософського факультету КНУ імені Тараса Шевченка, м. Київ.
36. **Пустовіт Світлана Віталіївна**, доктор філософських наук, професор, професор кафедри фундаментальних дисциплін та інформатики Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ.
37. **Рассудіна Катерина Сергіївна**, кандидат філософських наук, вчений секретар Інституту релігійних наук св. Томи Аквінського, м. Київ.
38. **Редькіна Ольга Анатоліївна**, кандидат історичних наук, доцент, доцент кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
39. **Розовик Олеся Дмитрівна**, кандидат історичних наук, доцент, доцент кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
40. **с. Валентина Рябушко**, докторант Люблінського Католицького Університету ім. Івана Павла II, м. Люблін, Польща.
41. **Ставроянн Сергій Сергійович**, кандидат філософських наук, доцент кафедри філософії Київського національного університету будівництва і архітектури, м. Київ.
42. **Ступак Федір Якович**, доктор історичних наук, професор, професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
43. **Hedviga Tkáčová**, PhDr., ThDr., PhD., Assistant professor, Department of Journalism, Faculty of Arts and Letters, Catholic University in Ružomberok, Slovakia.
44. **Jana Trizuljaková**, M.D., Ph.D., Assistant professor, **Margita Kollárová**, Ph.D., PhD, Assistant professor; Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky, Lekárska fakulta Univerzity Komenského, Bratislava, Slovensko.

45. **Турчин Марина Яремівна**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії Київського національного університету будівництва і архітектури; **Павлов Юрій Валерійович**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії та методології науки КНУ імені Тараса Шевченка, м. Київ.
46. **Утюж Ірина Геннадіївна**, доктор філософських наук, професор, завідувач кафедри суспільних дисциплін Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, м. Запоріжжя.
47. **Anna Falisová**, PhD., PhD., senior researcher, Institute of History, Slovak Academy of Sciences; **Vojtech Ozorovský**, MD, CSc., Deputy head, associate professor at Faculty of Medicine; **Silvia Capiková**, MA, LL.M, PhD, Deputy head and Assistant professor at Department of Labour Law and Social Security Law at Faculty of Law, Assistant professor at Faculty of Medicine; Institute of Social Medicine and Medical Ethics, Comenius University in Bratislava, Slovakia.
48. **Anna Falisová**, PhD., PhD., senior researcher, Institute of History, Slovak Academy of Sciences; **Silvia Capikova**, MA, LL.M, PhD., Assistant professor, Faculty of Law, Department of Labour law and Social Security Law, Faculty of Medicine, Institute of Social Medicine and Medical Ethics, Comenius University in Bratislava, Bratislava, Slovak Republic.
49. **Ханжи Володимир Борисович**, доктор філософських наук, професор, завідувач кафедри філософії, біоетики та іноземних мов Одеського національного медичного університету, м. Одеса.
50. **Храпач Василь Васильович**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри пластичної та реконструктивної хірургії ІПО НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
51. **Чорноморденко Іван Васильович**, доктор філософських наук, професор, завідувач кафедри філософії Київського національного університету будівництва і архітектури, м. Київ.
52. **Чорноморець Юрій Павлович**, доктор філософських наук, професор, професор кафедри богослов'я і релігієзнавства УДУ імені Михайла Драгоманова, м. Київ.
53. **Шевченко Сергій Леонідович**, доктор філософських наук, професор, професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.

Автори студентських доповідей:

1. **Батюк Лідія Вадимівна**, студентка третього медичного факультету; **Феськов Володимир Михайлович**, кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії № 4; **Чуприна Марія Валеріївна**, студентка третього медичного факультету; Харківський національний медичний університет, м. Харків.
2. **Бондар Анна Геннадіївна**, студентка медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
3. **Гапон Діана Русланівна**, студентка медичного факультету №1 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
4. **Гасанова Каміла Адигезалівна**, студентка медичного факультету №1 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
5. **Глевацька Маргарита Олександрівна**, студентка медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
6. **Демчишин Соломія Володимирівна**, студентка медичного факультету №1 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
7. **Дяченко Анна Василівна**, студентка медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
8. **Іванова Марина Вікторівна**, студентка медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
9. **Колтунова Софія Олександрівна**, студентка медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
10. **Коршунова Мілена Ігорівна**, студентка медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
11. **Котельницький Максим Сергійович**, **Корчак Ярослав Юрійович**, **Мішкурова Вікторія Євгенівна**, студенти медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
12. **Кузьменко Ірина Анатоліївна**, студентка медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
13. **Марапулець Поліна Валеріївна**, студентка медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
14. **Мінченко Ангеліна Юріївна**, студентка медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
15. **Муляр Олена Дмитрівна**, студентка медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
16. **Обельницька Анастасія Тарасівна**, студентка медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
17. **Осипчук Максим Сергійович**, студент медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
18. **Охріменко Злата Максимівна**, студентка медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.

19. **Пашук Дмитро Ігорович**, студент медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
20. **Почтар Євгеній В'ячеславович**, студент медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
21. **Придюк Назар Ігорович**, студент медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
22. **Райчук Максим Ігорович**, студент медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
23. **Ренкас Маргарита Віталіївна**, студентка медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
24. **Сегень Юлія Олександрівна**, студентка медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
25. **Сіліна Софія Геннадіївна**, студентка медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
26. **Сокол Павло Віталійович**, студент медичного факультету №1 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
27. **Сосунович Марія Сергіївна**, студентка медичного факультету №1 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
28. **Тимошенко Олександра Русланівна**, студентка медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
29. **Тимошук Діана Олексіївна**, студентка медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
30. **Уриська Поліна Олегівна**, студентка медичного факультету №1 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
31. **Чернишук Наталія Романівна**, студентка медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
32. **Чернявська Валерія Олегівна**, студентка медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
33. **Шведюк Володимир Сергійович, Хмара Артем Олегович**, студенти медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
34. **Швидун Тетяна Анатоліївна**, студентка медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
35. **Шепетько Вероніка Андріївна**, студентка медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
36. **Щербина Ярослава Сергіївна**, студентка медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
37. **Яценко Ксенія Євгеніївна**, студентка медичного факультету №1 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.

Наукове видання

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О. О. БОГОМОЛЬЦЯ
Кафедра філософії, біоетики та історії медицини

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ НАУК УКРАЇНИ
Відділення релігієзнавства Інституту філософії імені Г. С. Сковороди

ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ
МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ КОМЕНСЬКОГО
В БРАТИСЛАВІ (Словаччина)

ЦЕНТР РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ "HUMANUS" (Болгарія)

КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА
Кафедра релігієзнавства

ФІЛОСОФІЯ, РЕЛІГІЯ ТА МЕДИЦИНА В СУЧАСНУ ДОБУ

Збірник матеріалів VII Міжнародної науково-практичної конференції,
присвяченої пам'яті свт. Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького)

Літературні редактори:

І. В. Васильєва, С. Л. Шевченко

Комп'ютерний набір: О. М. Бондар

Комп'ютерна верстка: С. Л. Шевченко

Підп. до друку 19.06.2025. Формат 60×84/16.

Номер замовлення 24-106.

Ум. друк. арк. 12,31. Тираж 100 примірників.

ПП "Видавництво "Фенікс""

Св-во суб'єкта видавничої справи ДК № 271 від 07.12.2000 р.
03067, м. Київ, вул. Грушецька, 13б