

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О. О. БОГОМОЛЬЦЯ
Кафедра філософії, біоетики та історії медицини
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ “УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ РЕЛІГІЄЗНАВЦІВ”
ЦЕНТР РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ “HUMANUS” (Болгарія)



РЕЛІГІЯ ТА МЕДИЦИНА

матеріали міжнародної науково-практичної конференції,
присвяченій пам'яті свт. Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького)

11 – 12 червня 2019 р.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О. О. БОГОМОЛЬЦЯ
Кафедра філософії, біоетики та історії медицини
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ "УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ РЕЛІГІЄЗНАВЦІВ"
ЦЕНТР РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ "HUMANUS" (Болгарія)

РЕЛІГІЯ ТА МЕДИЦИНА

матеріали міжнародної науково-практичної конференції,
присвяченій пам'яті свт. Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького)

11 – 12 червня 2019 р.

Київ
Видавництво НМУ імені О. О. Богомольця
2019

УДК 2+61] (062)

Р 36

Релігія та медицина: матеріали міжнар. наук.-практ. конф., присвяченої пам'яті свт. Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького). – К. : Автограф, 2019. – 377 с.

ISBN 978-966-8349-16-4

Редакційна колегія:

Кучин Юрій Леонідович – перший проректор НМУ ім. О. О. Богомольця, професор

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

Технічні редактори:

Васюк Ірина Василівна – пошукач кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ ім. О. О. Богомольця

Лапутько Анна Валеріївна – старший лаборант кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ ім. О. О. Богомольця

Затверджено до друку Вченою радою Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (протокол № 8 від 28 травня 2019 р.)

ISBN 978-966-8349-16-4

© НМУ ім. О. О. Богомольця, 2019

© Автограф, 2019

ЗМІСТ

ПЛЕНАРНЕ ЗАСІДАННЯ

ХРИСТИЯНСЬКА ФІЛОСОФІЯ СВТ. ЛУКИ В КОНТЕКСТІ СЬОГОДЕННЯ 14 <i>Васильєва І. В.</i>	14
БОГОСЛОВІЕ КАК МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА 19 <i>Луптакова М. В.</i>	19
РЕЛІГІЯ ТА ГОМЕОПАТІЯ В ІСТОРИЧНОМУ ДИСКУРСІ 20 <i>Попов А. В.</i>	20
СУТНІСНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ МОЛИТВИ 23 <i>Предко О. І.</i>	23
ФІЛОСОФСЬКЕ ПІДҐРУНТЯ МЕДИЧНОЇ ТЕОРІЇ І ПРАКТИКИ 25 <i>Пустовіт С. В., Бойченко Н. М., Остапенко Б. І., Березіна В. В., Коваленко Н. В.</i>	25
СООТНОШЕНИЕ НАУКИ И РЕЛИГИИ: ТРИ ОСНОВАНИЯ 28 <i>Ханжи В. Б.</i>	28
ПОЗНАНАУКОВІ І НАУКОВІ ЗНАННЯ В ЖИТТЄТВОРЧОСТІ СВТ. ЛУКИ (В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦЬКОГО) 32 <i>Чорноморденко І. В., Чорноморденко Д. І.</i>	32
ЧУДО ЗЦІЛЕННЯ У ХРИСТИЯНСЬКІЙ ТЕОЛОГІЇ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ НИЗЬКИ ПАРАНОРМАЛЬНИХ ФЕНОМЕНІВ ПСИХІКИ В КОНЦЕПЦІЇ АКАУЗАЛЬНОСТІ К. Г. ЮНГА 34 <i>Гудима І. П.</i>	34
ДЕОНТОЛОГІЧНІ ВИМІРИ РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ 37 <i>Бучма О. В.</i>	37
ЗАКОН МОРАЛЬНИЙ І ЗАКОН ЦИВІЛЬНИЙ 39 <i>Терешкевич Г. Т. (с. Діогена)</i>	39
ДОБРОДІЙНІ ГРОМАДИ КИЄВА ЗА ВІРОСПОВІДНОЮ ОЗНАКОЮ 42 <i>Ступак Ф. Я.</i>	42
ІСТОРІЯ БЛАГОДІЙНИЦТВА ЗАСНОВНИЦІ СВЯТО-ПОКРОВСЬКОГО ЖІНОЧОГО МОНАСТІРЯ ВЕЛИКОЇ КНЯГИНІ ОЛЕКСАНДРИ ПЕТРІВНИ РОМАНОВОЇ 44 <i>Мойсеєнко В. О., Шостка І. П., Тарченко Н. В.</i>	44
ФИЛОСОФСВАНЕТО КАТО ЛЕКАРСТВО (САМОЛЕЧЕНИЕ НА ДУШИТЕ ЧРЕЗ ФИЛОСОФИЯ) 49 <i>Грњнчаров А.</i>	49

СТАНОВЛЕННЯ МОНАСТИРІВ, ЧЕРНЕЦТВА, ХРИСТІЯНСЬКОЇ МЕДИЦИНИ
ТА ЧЕНЦІВ-ЛІКАРІВ У СТАРОДАВНІЙ УКРАЇНІ-РУСІ В X-XIII СТОЛІТТЯХ 61
Ідзьо В. С., Ідзьо О. В.

ЦЕЛИТЕЛЬ ДУШИ И ТЕЛА – ИДЕАЛ ВРАЧА 70
Храпач В. В.

Секція І.

ПИТАННЯ РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ У ЖИТТІ І ТВОРЧОСТІ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ (В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦЬКОГО)

ЛІКАРЮВАННЯ ЯК ВТІЛЕННЯ “ФІЛОСОФІЇ СЕРЦЯ”
В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦЬКОГО 77
Алексеєнко А. П.

РЕЛІГІЙНА ТА СВІТСЬКА ДУХОВНІСТЬ: КОНФЛІКТ
ЧИ ВЗАЄМОДОПОВНЕННЯ? 80
Кулагіна-Стадніченко Г. М.

СВЯТИТЕЛЬ ЛУКА: СПОВІДЬ БІОГРАФІЄЮ 82
Присухін С. І.

АПОЛОГЕТ КОРДОЦЕНТРИЗМУ 85
Величко О. Б.

В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦЬКИЙ: ЛЮДИНА ПЕРЕД ВІЧНІСТЮ 88
Сухова Н. М., Крицький О. В.

ПЕРЕЖИВАННЯ ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ ЛЮДИНИ 91
Предко Д. Є.

ПРОБЛЕМА ПОДОЛАННЯ СТРАХУ В ХРИСТІЯНСЬКІЙ ТРАДИЦІЇ
(ФЕОФАН САМІТНИК, О. П. ФЛОРЕНСЬКИЙ, В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦЬКИЙ) 95
Кошетар У. П.

ДОБРІ ДІЯННЯ ЯК ВІДГУК СЕРЦЯ ТА СЛІДУВАННЯ ШЛЯХАМИ
БОЖИМИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ (В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦЬКОГО) 100
Швидченко В. С.

СВЯТИТЕЛЬ ЛУКА (ВОЙНО-ЯСЕНЕЦЬКИЙ) 104
Примаченко В. І.

В ЖИТТІ КОЖНОГО Є ДВА ШЛЯХИ – ШЛЯХ ДОБРА ТА ШЛЯХ ЗЛА,
І КОЖЕН ВИБИРАЄ ОДИН ІЗ НИХ 107
Твердохліб Н. Г., Тубрал Л. В., Лахтадир Т. В.

Секція II.

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

РЕЛІГІЯ І МЕДИЦИНА – СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДИСКУРСУ	109
<i>Утюж І. Г., Спиця Н. В., Мегрелішвілі М. О.</i>	
РЕЛІГІЯ ТА КУЛЬТУРА ЯК ОСНОВНІ ЧИННИКИ ГЛОБАЛІЗАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ	111
<i>Вергелес К. М.</i>	
ДУХОВНА ПСИХОІНТЕГРАЦІЯ ЯК УСВІДОМЛЕНЕ УПРАВЛІННЯ ЗДОРОВ'ЯМ	115
<i>Сініцина А. В.</i>	
ФІЛОСОФСЬКІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНИХ ЗНАТЬ У СТАРОДАВНІЙ ГРЕЦІЇ	117
<i>Сідоркіна О. М., Пода Т. А., Скиба О. П.</i>	
ХРИСТІЯНСЬКЕ МУЧЕНИЦТВО ХХ – ХХІ СТОЛІТЬ: БОГОСЛОВСЬКО-АНТРОПОЛОГІЧНИЙ ВИМІР	119
<i>Остащук І. Б.</i>	
АНТОНІЙ СУРОЖСЬКИЙ ПРО ВІРУ, ДОВІРУ, КОМУНІКАЦІЮ	123
В ЛІКАРСЬКІЙ ДІЯЛЬНОСТІ <i>Вячеславова О. А.</i>	
ІБН СІНА: ВИДАТНИЙ ЛІКАР ТА ФІЛОСОФ СЕРЕДНЬОГО СХОДУ	125
<i>Гололобова К. О.</i>	
СУЧАСНА НАУКОВА ТА ХРИСТІЯНСЬКА ПСИХОЛОГІЯ: ПАРАЛЕЛІ ТА СПАДКОВІСТЬ	127
<i>Іщук Н. В.</i>	
СВІТОГЛЯДНІ АСПЕКТИ КОРЕЛЯЦІЇ РЕЛІГІЙНИХ ПЕРЕКОНАНЬ ТА МЕДИЧНИХ ПРАКТИК	131
<i>Турчин М. Я., Павлов Ю. В.</i>	
ДАВНЬОКИТАЙСЬКА МЕДИЦИНА, РЕЛІГІЯ ТА ФІЛОСОФІЯ: ЧАСТИНИ ОДНОГО ЦІЛОГО	133
<i>Коцюбняк Т. А.</i>	
ФІЛОСОФСЬКО-МИСТЕЦЬКА ГРАВІТАЦІЯ ВОЛОДИМИРА ЗАЛОЗЕЦЬКОГО	135
<i>Качкан В. А.</i>	
НАУКОВА РЕЛІГІЯ ЛІКАРЯ	136
<i>Уваркіна О. В., Волошенюк-Клімова О. І.</i>	

СПІВІСНУВАННЯ АНАТОМІЇ ТА РЕЛІГІЇ В СВІТІ ДЕЯКИХ ІСТОРИЧНИХ ФАКТІВ	139
<i>Дзевульська І. В., Маліков О. В.</i>	

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

ЗНАЧЕННЯ ТАЇНСТВА ЄВХАРИСТІЇ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ	143
<i>Ігнат'єв В. А.</i>	
THE OBJECT OF RESEARCH OF MEDICINE AND ITS PLACE IN THE SYSTEM OF MODERN KNOWLEDGE	145
<i>Vermenko A.</i>	
НАУКОВЦІ ДАВНЬОЇ АЛЕКСАНДРІЇ ПРО ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ	147
<i>Беднарчик Т. Р., Беднарчик М. В.</i>	
РЕЛІГІЙНІ, ФІЛОСОФСЬКІ ТА НАУКОВІ УЯВЛЕННЯ ПРО ЗВ'ЯЗОК	150
ДУШІ І ТІЛА <i>Лукашенко М. В.</i>	
ІНТЕГРАЛЬНИЙ РОЗВИТОК ОСОБИ ЯК ПІДСТАВОВА КАТЕГОРІЯ ЛЮДСЬКОЇ ЕКОЛОГІЇ	154
<i>Мартинюк Ю. І.</i>	
МИКОЛА ФЕДОРОВ ПРО ДУХОВНІ ЧИННИКИ ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я	158
<i>Матюшко Б. К.</i>	
ХАДЖ ТА ЗДОРОВ'Я ПАЛОМНИКА	163
<i>Кудин О. О.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ІНТЕГРАЦІЇ ТИБЕТСЬКОЇ МЕДИЦИНИ В ЗАХІДНИЙ КУЛЬТУРНИЙ ПРОСТІР КРИЗЬ ПРИЗМУ ДІАЛОГУ БУДДИЗМУ З НАУКОЮ	165
<i>Калантарова О. Ю.</i>	
ПРОБЛЕМА ЗДОРОВ'Я: ДОВІРА ПАЦІЄНТІВ ДУХОВЕНСТВУ ТА МЕДИЦИНИ	169
<i>Кірієнко С. В., Нечушкіна О. В.</i>	
ЗДОРОВ'Я – НАЙВАЖЛИВІША СКЛАДОВА ГАРМОНІЙНОГО ЖИТТЯ ЛЮДИНИ	171
<i>Мошковська Ю. О., Богдан Т. В., Луценко А. О., Богдан В. В., Ткачук Л. М.</i>	

ПРОБЛЕМА ЗДОРОВ'Я ТА ХВОРОБИ В ІСТОРИКО-ФІЛОСОФСЬКОМУ АСПЕКТІ	174
<i>Пилипенко С. П., Кірик Т. В.</i>	

ХВОРОБИ ТА БОРОТЬБА З НИМИ В ТВОРАХ ТА ПОСТАТЯХ УКРАЇНСЬКОЇ ЛІТЕРАТУРИ	179
<i>Ніколаєва О. Ю.</i>	

Секція IV. РЕЛІГІЯ ТА КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

СУДОВО-МЕДИЧНІ АСПЕКТИ СВЯТИХ МОЩІВ, ЯК ДЖЕРЕЛА АВТОСУГЕСТИВНОЇ ТЕРАПІЇ	182
<i>Біляков А. М.</i>	

PERSONAL RESPONSIBILITY TO HOPE FOR THE BEST AS AN ETHICAL DILEMA WITHIN GIVING A PALLIATIVE CARE	184
<i>Vadikova K. M.</i>	

ХРИСТІЯНСТВО І МЕДИЦИНА	187
<i>Макаренко М. В., Малюк В. І., Репецька Г. Г., Трофимова І. М.</i>	

ПІДХОДИ ЩОДО ОПТИМІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ РОЗВИТКУ УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА	190
<i>Жила А. В., Таран В. В., Гай О. А., Студенко Г. А.</i>	

СТАНОВЛЕННЯ МОЛОДОГО ЛІКАРЯ В СУЧАСНИХ УМОВАХ ОСВІТИ, ВИМОГ СУСПІЛЬСТВА ТА В КОНТЕКСТІ СВІТОГЛЯДУ В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦЬКОГО	191
<i>Паливода Р. С.</i>	

ВНЕСОК В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦЬКОГО В РОЗВИТОК АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА МІСЦЕВОГО ЗНЕБОЛЕННЯ В ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВІЙ ХІРУРГІЇ	194
<i>Рибачук А. В., Джавадіасл А.</i>	

ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТУ В ПІДГОТОВЦІ ДО ОПЕРАЦІЇ	195
<i>Давидова О. І.</i>	

“РЕЛІГІЙНИЙ ФРІССОН” ЯК ЕМПАТІЙНІСТЬ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА	197
<i>Романюк І. Д.</i>	

РЕЛІГІЯ І МЕДИЦИНА В ДОБУ ТРИВОГИ ТА КРИЗИ АВТЕНТИЧНОСТІ	200
<i>Шевченко С. Л.</i>	

**СЕКЦІЯ V.
АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ БІОМЕДИЧНОЇ ЕТИКИ
В СУЧАСНОМУ РЕЛІГІЙНОМУ ДИСКУРСІ**

ETHICAL AND CHRISTIAN VIEW ON HUMAN NATURE IN BIOETHICS OF TRANHUMANISM	205
<i>Ganovsky M.</i>	
РАДИКАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ В РОЗУМІННІ КАТОЛИЦЬКИХ БІОЕТИКІВ	207
<i>Рассудіна К. С.</i>	
ЛІКАРСЬКА ЕТИКА ТА РЕЛІГІЙНА МОРАЛЬ	211
<i>Редькіна О. А.</i>	
ДО ПИТАННЯ ГІБРИДИЗАЦІЇ ЛЮДИНИ І ТЕХНІКИ В КОНТЕКСТІ БІОМЕДИЧНОЇ ЕТИКИ	214
<i>Місержи С. Д., Перегуда Є. В.</i>	
ПРОБЛЕМИ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ БІОМЕДИЧНОЇ ТА РЕЛІГІЙНОЇ ЕТИКИ У ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ	217
<i>Васюк І. В.</i>	
ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ОРГАНІВ: БІОЕТИЧНИЙ АСПЕКТ	222
<i>Кобржицький В. В.</i>	
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ: ФІЛОСОФСЬКО-РЕЛІГІЙНІ ПОШУКИ	224
<i>Романюк О. В.</i>	
ПРОБЛЕМА ЗДОРОВ'Я ТА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В КОНТЕКСТІ ХРИСТІЯНСЬКОЇ ТРАДИЦІЇ	226
<i>Лапутько А. В.</i>	
ЭТИКА И ЦЕННОСТЬ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ ДЛЯ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА	228
<i>Сергиенко С. Б.</i>	

**СЕКЦІЯ VI. РЕЛІГІЯ ЯК СОЦІАЛЬНО-ДУХОВНА ДЕТЕРМІНАНТА
ІНДИВІДУАЛЬНОГО ТА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

РЕЛІГІЙНИЙ СВИТОГЛЯД ЯК СКЛАДОВА СОЦІАЛЬНОЇ ЛЕГІТИМАЦІЇ ПАЛІАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ	231
<i>Карпенко К. І.</i>	

ДУХОВНОСТЬ В УСЛУГАХ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ 233
Орбанова Е.

ПРОБЛЕМА ЄДНОСТІ ТІЛА, ДУШІ Й ДУХУ В ТВОРЧОМУ СПАДКУ
ПРЕДСТАВНИКА КИЇВСЬКОЇ ДУХОВНО-АКАДЕМІЧНОЇ ФІЛОСОФІЇ
XIX СТ. ПЕТРА АВСЕНЄВА 237
Мозгова Н. Г.

TO WHAT DEGREE ARE SLOVAK STUDENTS PREPARED FOR
INTERCULTURAL COMMUNICATION WITH MUSLIM IMMIGRANTS BASED
ON KNOWLEDGE OF MARRIAGE AND REPRODUCTIVE HEALTH IN ISLAM?
THE RESULTS OF THE SURVEY AT COMENIUS UNIVERSITY
IN BRATISLAVA 240
Zavis M., Bizon M.

УКРАЇНСЬКЕ СУСПІЛЬСТВО ПІСЛЯ ТОМОСУ: РЕАЛЬНІСТЬ
ТА ПЕРСПЕКТИВИ 245
Білецька Л. В.

РЕЛІГІЙНИЙ ЧИННИК У СВИТОГЛЯДНИХ ТРАНСФОРМАЦІЯХ
СУЧАСНОЇ ЛЮДИНИ 247
Білозор Д. В.

РЕЛІГІЙНІ МОРАЛЬНІ ЦІННОСТІ ТА ЇХ ЗНАЧЕННЯ У МЕДИЦИНІ 249
Бондажевська Л. С.

ТОЛЕРАНТНІСТЬ ЯК ФУНДАМЕНТАЛЬНА УМОВА
МІЖКОНФЕСІЙНОГО ПРИМИРЕННЯ 250
Калач Д. М.

СТУДЕНТСЬКА СЕКЦІЯ

ВОПРОСЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА И
ПАЦИЕНТОВ В КОНТЕКСТЕ ТРАДИЦИОННОЙ РЕЛИГИОЗНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ, ИСТОРИИ И СОВРЕМЕННЫХ РЕАЛИЙ 255
Шарай Е. В.

ПРОБЛЕМА ЗДОРОВ'Я ТА ХВОРОБИ У РЕЛІГІЙНИХ ТА МЕДИЧНИХ
АСПЕКТАХ 266
Холікова А. А.

СИНКРЕТИЗМ РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ В ЖИТТІ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ 269
Ворон О. М.

ВКЛАД В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО В РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНЫ 272
Садыгова Н. М.

САКРАЛЬНІСТЬ ЖИТТЯ ЯК МОТИВ КОЛИСКОВОЇ СВІТУ	276
<i>Родюк Т. Л., Гладка О. В., Головатюк Ю. Л., Добровольський А. О., Жураховська К. В., Забельна М. І., Кравчук О. М., Нечипорук А. С., Твердохліб Є. О., Вережан Я. І., Гурко С. О.</i>	
ВПЛИВ РЕЛІГІЙНИХ МОРАЛЬНИХ ПЕРЕКОНАНЬ ЛІКАРЯ НА ЙОГО ПРОФЕСІЙНУ ДІЯЛЬНІСТЬ	279
<i>Прокопчук М. О.</i>	
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МЕДИЦИНИ З РЕЛІГІЄЮ В УМОВАХ СУЧАСНОСТІ	281
<i>Мілещенко А. О.</i>	
ФІЛОСОФСЬКИЙ АСПЕКТ ЯВИЩА ЕВТАНАЗІЇ	283
<i>Мельник Д. С., Панасенко О. О.</i>	
ЄВГЕНІКА В НАУКОВОМУ ТА РЕЛІГІЙНОМУ ДИСКУРСАХ	286
<i>Лукашенко А. І.</i>	
СТАВЛЕННЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ДО ПРОБЛЕМИ ШТУЧНИХ АБОРТІВ: СОЦІОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ	290
<i>Монул Є. В., Купчик А. Р.</i>	
СОЦІАЛЬНІ МІФИ У КОНТЕКСТІ НАУКИ ТА РЕЛІГІЇ	293
<i>Кравченко В. Г.</i>	
ТОЧКИ ПЕРЕТИНУ ВІРИ У БОГА ТА ФАХОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ У ПРОФЕСІЇ ЛІКАРЯ	296
<i>Іскендерова А. М. кизи</i>	
ТАНАТОЛОГІЯ: ФІЛОСОФСЬКІ ТА РЕЛІГІЙНІ ОСНОВИ	299
<i>Жигалкевич Д. В.</i>	
ТЕОРІЯ ФІЛОСОФІЇ СЕРЦЯ ТА ЇЇ ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ В МЕДИЦИНІ	302
<i>Владимиренко А. І.</i>	
РЕЛІГІЯ ТА МЕДИЦИНА В ПІВДЕННІЙ КОРЕЇ ТА ПІВНІЧНІЙ КОРЕЇ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ	305
<i>Ващук О. А.</i>	
САМОТНІСТЬ ЯК ОДНА З ПРИЧИН САМОГУБСТВА	310
<i>Бошенко А. В., Мосійчук Л. О.</i>	
ЗДОРОВ'Я У КОНТЕКСТІ ПІДХОДІВ ФІЛОСОФІЇ, РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ	314
<i>Абдраїмова А. М.</i>	

ETHICAL ASPECTS OF HEALTHCARE: CLASSICAL AND MODERN APPROACH	318
<i>Shomin A.</i>	
RELIGION AND MEDICINE: SPIRITUAL AND EXISTENTIAL DIMENSIONS	321
<i>Singh M.</i>	
QUESTIONS OF RELIGIOUS AND MEDICINE IN LIFE AND WORK OF ST. LUKE (V. F VOINO-YASENETSKYI)	326
<i>Babu A.</i>	
ETHICAL ISSUES OF MODERN MEDICINE: RELIGIOUS EVALUATION	330
<i>Alan S. J.</i>	
ПИТАННЯ ТРАНСГЕНДЕРНОСТІ ТА ГЕНДЕРНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ В СУЧАСНОМУ МЕДИЧНОМУ ТА РЕЛІГІЙНОМУ ДИСКУРСІ	333
<i>Бідений А. І.</i>	
ПОСТАТЬ СВТ. ЛУКИ ЯК ПОЄДНАННЯ ОБРАЗІВ ЗНАМЕНИТОГО ХІРУРГА І ВЕЛИКОГО ПАСТИРЯ ЦЕРКВИ	337
<i>Бовсунівська Ю. Р.</i>	
РЕДАГУВАННЯ ГЕНОМУ ЛЮДИНИ: МЕДИЦИНА VS РЕЛІГІЯ	340
<i>Борздов С. В.</i>	
БІОЕТИЧНІ ТА РЕЛІГІЙНО-ФІЛОСОФСЬКІ АСПЕКТИ СУЧАСНОЇ ПСИХІАТРІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ: ДО ПРОБЛЕМИ "РОЗЛАДНАНОСТІ" ВНУТРІШНЬОГО СВІТУ ЛЮДИНИ	342
<i>Груша А. Г.</i>	
БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ РЕАНІМАЦІЇ ТА ЇХ ІНТЕРПРЕТАЦІЯ В РЕЛІГІЙНОМУ КОНТЕКСТІ	346
<i>Згібнев С. В., Підгорний В. І.</i>	
ЕВТАНАЗІЯ ЯК БІОМЕДИЧНА ПРОБЛЕМА	351
<i>Кур'ята В. Р.</i>	
ВЗАЄМОДОПОВНЮВАНІСТЬ РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ У ЖИТТІ	355
І ТВОРЧОСТІ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ <i>Матвійчук Р. В.</i>	
РОЛЬ РЕЛІГІЇ В ПРОФЕСІЙНОМУ НАВЧАННІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ	358
<i>Нємцева М. О.</i>	
ЗНАЧЕННЯ ТА РОЛЬ ДУХОВНОЇ ТУРБОТИ В ПАЛІАТИВНІЙ МЕДИЦИНІ	360
<i>Садова А. В.</i>	

РЕЛІГІЯ ЯК МОРАЛЬНИЙ ТА ЕТИЧНИЙ ЗАПОБІЖНИК СВІТОГЛЯДУ СУЧАСНОГО ЛІКАРЯ	364
<i>Струкова М. В.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ В СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ	367
<i>Шваб М. І.</i>	
АВТОРИ МАТЕРІАЛІВ	370
АВТОРИ СТУДЕНТСЬКИХ МАТЕРІАЛІВ	376

ПЛЕНАРНЕ ЗАСІДАННЯ

Васильєва І. В.,
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,
ivafilos1403@gmail.com

ХРИСТІЯНСЬКА ФІЛОСОФІЯ СВТ. ЛУКИ В КОНТЕКСТІ СЬОГОДЕННЯ

В історії вітчизняної духовної культури і медицини особливе місце займає постать видатного випускника медичного факультету Київського університету Св. Володимира доктора медицини, професора В.Ф. Войно-Ясенецького, Архієпископа Симферопольського і Кримського свт. Луки (1877-1961).

Роздуми над життям і творчістю цієї легендарної особистості в трагічній історії ХХ ст. спонукають поставити питання: чому сьогодні переважають презентації постаті В. Ф. Войно-Ясенецького як представника виключно російської культури, російської православної традиції, хоч його життя, духовне і професійне становлення було нерозривно пов'язано з Україною?

Валентин Феліксович народився у Керчі, у сім'ї провізора Фелікса Станіславовича Войно, який походив із стародавнього, збіднілого польського дворянського роду й був римо-католиком. Наприкінці 80-х рр. родина Войно-Ясенецьких переїхала до Києва, оселившись у самому центрі міста, на Хрещатику, де пройшла юність та молодість майбутнього святителя Луки. Принципово важливим є те, що формування внутрішнього, смислового архетипу особистості В.Ф. Войно-Ясенецького відбувалося в єдності з культурно-історичним і природним простором Києва, тим духом софійності, «... де символізм, де імператив вічності, віра в цінність життя і смерті» [1, с. 33]. «В цей час, – відзначав В.Ф. Войно-Ясенецький в автобіографії, описуючи свої юнацькі роки в Києві, – вперше проявилась моя релігійність. Щодня, а іноді й двічі на день я їздив до Києво-Печерської Лаври, часто бував у київських храмах і, повертаючись звідти, робив малюнки того, що бачив у Лаврі та храмах... Я пішов би шляхом Васнецова і Нестерова, оскільки вже тоді яскраво визначився основний релігійний напрям у моїх заняттях живописом» [2, с. 34].

Проте, попри бажання поступити до Петербурзької Академії мистецтв, Валентин Феліксович, в результаті складних роздумів і душевних коливань, прийняв рішення присвятити своє життя медицині. В автобіографії «Я полюбив страждання...» він описав мотивацію свого вибору: «Я не в праві займатися тим, що мені подобається, але зобов'язаний займатися тим, що потрібно людям, котрі страждають» [2, с. 34]. У 1899 р. він поступив на медичний факультет Київського університету св. Володимира, який з відзнакою закінчив у 1903 р.

Саме в стінах медичного факультету Київського університету св. Володимира, який пізніше був реорганізований у Київський медичний інститут (1921 р.), Національний медичний університет (1995 р.) розпочалося професійне становлення Валентина Феліксовича як лікаря. Незважаючи на відразу до природничих наук та яскраво виражений інтерес до гуманітаристики, особливо богослов'я, філософії, історії, йому вдалося застосувати свої гуманітарні,

мистецькі здібності при вивченні фундаментальних і клінічних дисциплін. «Із митця, який не вдався, я став митцем в анатомії та хірургії» [2, с. 37]. Цьому сприяли не тільки наполегливість, сила волі В.Ф. Войно-Ясенецького в опануванні предметів, які спочатку були не до душі, а й своєрідна «гуманістична аура», спрямованість на надання студентам-медикам ґрунтовної університетської освіти, яка простежується в історії цього навчального закладу. Тому не випадково серед випускників медичного факультету Київського університету св. Володимира, КМІ, НМУ імені О.О. Богомольця, чимало особистостей, які відомі своїми досягненнями й в різних сферах гуманітаристики, мистецтва: М. Булгаков, Ю. Щербак, Е. Ліхтенштейн, В. Коротич, Г. Аронов, А. Радзіховський, Ю. Віленський та ін.

Саме з Україною були пов'язані й останні роки земного шляху свт. Луки. Понад 15 років він очолював Кримську єпархію Православної Церкви.

Валентин Феліксович залишив вагомий внесок в історію медицини. В 1915 р. видав книгу «Регіонарна анестезія», яку в 1916 р. захистив як дисертацію й отримав ступінь доктора медицини. Був нагороджений Варшавським університетом премією імені Хойнацького за кращу роботу, що прокладає нові шляхи в медицині. За його книгою «Нариси гнійної хірургії» (1923 р.) навчалося багато поколінь хірургів. В. Ф. Войно-Ясенецький одним із перших в історії медицини здійснив пересадку органів тварини людині (1924 р.), протягом всього свого нелегкого, скоріше трагічного життя, полегшував страждання, врятував життя багатьох людей. Офіційним визнанням владою заслуг його видатних досягнень в галузі медицини, було нагородження Сталінською премією I ступеня за наукову розробку нових хірургічних методів лікування гнійних захворювань і поранень, що містяться у наукових працях «Нариси гнійної хірургії» і «Пізні резекції при інфікованих вогнепальних пораненнях суглобів» (1946 р.).

Важливе значення для сучасної гуманітаристики мають дві фундаментальні богословсько-філософські праці В.Ф. Войно-Ясенецького, роботу над якими він почав ще у 20-х роках, вирішивши прийняти сан священника, а завершив у 1947 р. («Дух, душа і тіло») і 1954 р. («Наука та релігія»). На основі інтеграції теологічних, природничонаукових і філософських підходів, причацання Істині шляхом багаторічного мучеництва та страждань, Владика пророче обґрунтував ідеї, які мають особливе значення в умовах сьогодення.

Ідея діалогу науки та релігії. Взаємовідносини релігії та науки мали складну, часто драматичну історію: від інтеграції до протистояння, від моделі конфлікту, що є домінуючою на етапі класичної науки, моделі незалежності науки і релігії, притаманної етапу некласичної науки до моделі діалогу, котра властива постнекласичній науці та філософії.

В «Науці та релігії» у часи войовничого богоборства свт. Лука доводить необґрунтованість атеїстичної міфологеми про несумісність науки та релігії у гносеологічному та антропологічному аспектах. Наука та релігія є автономними сферами пізнавальної діяльності людини. Якщо наука постає як система знань про явища, що спостерігаються, прояви життя, природи (феномени, а не ноумени), то релігія як відношення до Абсолюту, Бога є трансцендентною формою осягнення людиною дійсності. «Вже тому наука не може заперечувати буття Бога, оскільки ця тема знаходиться поза її компетенції, як і вся сфера

сутностей» [3, с. 41]. Серед джерел упереджень стосовно суперечності науки релігії В.Ф. Войно-Ясенецький відзначає поверховість знань як в галузях науки, релігії, так і філософії, особливо гносеології, змішування науки з думкою окремих вчених тощо.

Питання меж наукового пізнання актуалізується у сучасному богословському, філософському та біоетичному дискурсах, зокрема, в контексті «небезпечних знань», пов'язаних з науково-технічним прогресом, розвитком біомедичних технологій та ін. На думку Х. Бергольйо (папа Франциск), наука має свою автономію, яку слід заохочувати. «Але будьте обережні: коли автономія науки не ставить собі меж і заходить занадто далеко, вона може втратити контроль над власним творінням. Потрапивши до пастки власної гордині, людина створює чудовиськ, які можуть вирватися з-під її влади» [4, с. 142].

Антропологічний аспект досліджуваної проблеми пов'язаний зі зверненням до внутрішнього, суб'єктивного світу людини. Свт. Лука виходить з того, що потреби в релігії та науці є потребами людського духу, які коріняться у надрах людської природи. Надзвичайно актуальною в контексті сучасного гуманітарного дискурсу є думка автора «Науки та релігії» про необхідність віднайти гармонію між ціми потребами у духовному розвитку людини, оскільки йдеться не про теоретичне питання, а про життя та смерть... [3, с. 33, 80].

В процесі духовного становлення людини неодмінно постає проблема вибору між Єрусалимом та Афінами (Л. Шестов), між приматом віри і філософування, раціонального мислення, між внутрішнім пріоритетом *credo* або *cogito*. Це і є два різних, але невіддільних підходи до буття. І якщо традиція філософування, наукового мислення є свідченням «*Cogito, ergo sum*», то і віруюча людина має право на «*Credo, ergo sum*». Без думки, без віри буття як таке не сприймається і не є внутрішньо достовірним. Знання без віри є мертвим, оскільки «сама віра надає силу знанню», «пробуджує й заохочує дух дослідження». Водночас не тільки пізнання містить у собі певні моменти віри, віра обов'язково містить процеси споглядання, пізнання та їх результати. Для того, щоб вірити, слід знати у що віриш. «Нам потрібні живе знання та зреча віра, і лише їх синтез та нерозривний зв'язок відкривають можливість творчого життя. Оскільки творять мудрі, які натхненні вірою» [3, с. 80].

В основі християнської антропології свт. Луки лежить підхід до людини в її цілісності як духовно-душевно-тілесного творіння («Дух, душа і тіло»), який має методологічне значення в філософії медицини, біомедичній етиці тощо. Як відомо, протягом всієї історії об'єктом дослідження медицини була й є людина, а предметом – ті аспекти життєдіяльності людини, які представлені її здоров'ям та хворобою, нормою та патологією в усьому різноманітті її зв'язків з екоціумом» [5, с. 265].

Різним культурно-історичним епохам притаманні специфічні уявлення про здоров'я, детерміновані загальним станом суспільства, культурою, системою цінностей тієї чи іншої доби. В історії людства простежується наступна трансформація моделей здоров'я: міфологічна, Божественна (релігійна), біомедична, соціомедична. Ці моделі існують передусім як феномени практичної свідомості, що уможливує їх паралельне існування, включаючи й в умових сучасного суспільства [6, с. 56]. Сьогодні все більше науковців звертає увагу

на необхідність подальшої трансформації соціомедичної моделі здоров'я на основі холистичних підходів, врахування цілісності, багаторівневості людини як біопсихосоціальної і духовної істоти, в єдності її взаємодії з соціальним і природним середовищем.

Становлення нової холистичної (інтегративної) парадигми здоров'я на засадах плюралізму, методології синергетики зумовлює необхідність використання всього позитивного, перевіреного історичним досвідом і практикою людини, що було притаманно попереднім уявленням про здоров'я.

Релігійна модель здоров'я є достатньо актуальною у сучасному суспільстві, враховуючи позитивну динаміку релігійності населення у багатьох країнах, включаючи й Україну. Сьогодні Україна займає 11 місце в Європі за релігійністю, третє населення країни, за оцінками соціологів, є дуже релігійними [7]. Достатньо високим є рівень довіри українців до церкви і духовенства: 13,9 % «повністю довіряють», 35,8 % – «переважно довіряють» [8, с. 130].

Серед змістовних ознак Божественної (релігійної) моделі здоров'я слід віднести, по-перше, цілісний підхід до людини, який має суттєві переваги перед односторонніми біологізаторськими або соціологізаторськими підходами, які є неприйнятними для розробки сучасної методології здоров'я.

У фундаментальній праці: «Дух, душа і тіло» свт. Лука відзначає нерозривний зв'язок між духом, душею і тілом, їх поєднання при житті людини в єдину сутність. Разом з тим розрізняються смертні елементи душевної діяльності, що пов'язані з життям тіла (власне душевні, психічні процеси) і вищі прояви духу – «дихання Вседержителя», з якими у людини пов'язані самосвідомість, воля, трансцендентальні аспекти буття. Слід відзначити, що триадична модель людини, яка покладена в основу філософсько-богословського дискурсу свт. Луки ґрунтується на Святому Письмі, посланнях ап. Павла, представлена в християнській теології І.Златоустом, П.Пустинником, І.Брянчаніновим, А.Сурожським та ін. Слід відзначити й праці багатьох філософів (М.Бахтін, Л.Буева, С.Кримський, В.Франкл, А.Алексєєнко та ін.), в яких розглядається власне душевні (психічні) та духовні процеси та стани; духовність розглядається як сутнісна ознака людини, яка пов'язується зі «смысловими вимірами людського буття» (М.Бахтін), створенням людиною в режимі трансценденції «нових небес» і «нової землі», тобто свого особистісного світу (С. Кримський).

Триадична модель людини достатньо ґрунтовно представлена й в сучасній християнській антропології, яка сформулювала поняття «тілесної особи» – не може існувати людська особа, яка б не була одночасно «я»-тілесним і «я»-духовним. Отже, тіло людини не є чимось відокремленим від її «я», воно становить цілісність особи, є умовою життя в світі. Папа Іоанн Павло II писав про «одухотворене тіло» і «втїлеснений дух» [9, с. 19].

Сутнісною ознакою релігійної моделі є й обґрунтування Божественної, духовної природи життя і здоров'я людини, гріха як метафізичного підґрунтя її хвороби, страждань і смерті. В.Ф. Войно-Ясенецький відзначав: «За законом гріха та спадковості хвороба та смерть є закономірними. Але за первісним помислом, коли ще не було гріха – людина була створена для життя («человек» имеет «чело вечности»), і коли усувається причина, що викликає смерть (цією причиною є гріх), тоді знову поновлюється дія божественної творчої сили» [3, с. 54].

В християнській духовній традиції недуга постає як знаряддя Божого Промислу, яка може бути не тільки засобом покарання людини за гріхи, а й випробуванням її віри, відданості (лов), «бути не на смерть, а на славу Богу...» (Ін. ІІ:4), бути засобом попередження гріха (2 Кор. 12:7-10), засобом духовного зцілення людини. Останнє смислове призначення хвороби найбільш повно представлено у богословському та релігійно-філософському дискурсах. На думку православного філософа Івана Ільїна, «Бог надсилає нам недугу для того, щоб ми одужали, – як шлях до здоров'я людини. Тому хвороба є ніби таємничий запис, який нам потрібно розшифрувати: у ньому записано про наше попереднє, невірне життя, і потім про нове, прийдешнє мудре і здорове життя. Цей «шифр» ми повинні відгадати, розтлумачувати і здійснити.

В кожному з нас закладена здатність здійснювати задуману Богом гармонію духа, душі та тіла... кожному з нас даний таємничий будівничий і Лікар, покликаний до здійснення цієї гармонії» [10, с. 572].

В цьому контексті в християнській філософії проблема здоров'я та хвороби набуває екзистенціальних, ціннісних вимірів. К. Ясперс характеризував тяжку хворобу, загрозу смерті, рокові випадковості як межові ситуації людського існування, які пробуджують людину від духовного сну, швидкоплинної суєти буденності, стимулюють її здатність відрізнити суттєве від другорядного. У таких ситуаціях людина виходить за межі власне «внутрішньої картини хвороби» на рівень духовної рефлексії, переживання всього свого життя як за вертикаллю (відношення до Бога, Абсолюту), так і у горизонтальній площині: ставлення до ближнього (інших людей) і до самої себе, оцінка своєї особистості, власних бажань, думок, дій та вчинків тощо. Йдеться про такі екзистенціали людського буття як віра, надія, любов, свобода та відповідальність, завдяки чому людина стає здатною до самоперетворення, духовного самовдосконалення.

Вищезазначені підходи мають важливе значення не тільки в теоретичній, а й в практичній медицині. В.Ф. Войно-Ясенецький обґрунтував необхідність відповідного цілісного підходу лікаря до хворого, який повинен зцілювати, тобто повертати людину до цілісності як духовно-душевно-тілесного творіння. Велике значення він надавав психотерапії як духовному впливу лікаря на хворого, індивідуальному підходу в медицині. Сьогодні широко відомими слова Владики Луки: «Для хірурга не повинно бути «випадку», а є тільки жива, страждаюча людина».

Література:

1. Кримський С. Софія Київська. Ефект високого неба. Монологи про софійність та життя / С. Кримський // Україна incognita. – К.: Факт, 2003. – С. 27-43.
2. Архиепископ Лука (Войно-Ясенецький) «Я полюбил страдание...» Автобиография / В.Ф. Войно-Ясенецький Дух, душа и тело. – К.: ВД «Авіцена», 2010. – 208 с.
3. Войно-Ясенецький В.Ф. (Святитель Лука). Наука и религия / В.Ф. Войно-Ясенецький. – Симферополь: ОАО «Симферопольская городская типография» (СГТ), 2009. – 160 с.

4. Хорхе Бергольо, Авраам Скорка. На небі і на землі. – К.: ДУХ І ЛІТЕРА. – 217. – 264 с.
5. Хрусталеv Ю.М., Царегородцев Г.И. Философия науки и медицины / Ю.М. Хрусталеv, Г.И. Царегородцев . – М.: ГЭОТАР. – Медиа, 2007. – 512 с.
6. Васильева І.В. Людина у релігійному вимірі: монографія. / І. В. Васильева. – К.: Книга плюс. – Херсон: ПП Кальченко, 2010. – 345 с.
7. Украина на 11 месте в Европе по религиозности населения / [Онлайн ресурс] – Режим доступа: https://24tv.ua/ru/ukraina_na_11_meste_v_evrope_po_religioznosti_naselenija_n1075900
8. Стан сучасного українського суспільства: цивілізаційний вимір / [О.Г. Злобіна, Н.В. Костенко, М.О. Шульга та ін.]; за наук. ред. М.О. Шульги. – Київ: Інститут соціології НАН України, 2017. – 198 с.
9. Giovanni Paolo II. Lettera Enciclica Evangelium Vitae. – Citta del Vaticano, 25 marzo. – 1995. – 190 p.
10. Ильин И. Религиозный смысл философии / Иван Ильин. – М.: Изд-во АСТ, 2003. – 694 с.

Луптакова М. В.,
Карлов Университет в Праге
luptakm@seznam.cz

БОГОСЛОВИЕ КАК МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА

Профессор Иоанн Романидес как-то сказал в своих лекциях, что если бы пророческий иудаизм и христианство как его преемник впервые появились на свет в двадцатом веке, то их, вероятно, охарактеризовали бы не как религиозные учения, но как медицинские науки, родственные психиатрии, чье распространение в обществе связано с их успехами в излечении различных стадий болезни частично поврежденной человеческой личности. Их ни в коем случае нельзя было бы воспринимать как религии, которые при помощи различных магических приемов и верований обещают бегство от некоего, якобы материального, мира зла и лицемерия в некий, якобы духовный, мир безопасности и успеха [5].

Христианство является, по сути, наукой, которая лечит, то есть неким психотерапевтическим методом и курсом. То же самое следует сказать и о богословии – это не философия, но по существу курс терапии. Именно так понимали задачу и назначение богословия святые отцы, и развивая святоотеческое наследие, христианские мыслители современности, используя достижения современной психологии и психиатрии, открывают новые подходы к лечению психических расстройств и решению пресловутых «психических проблем». Православная психотерапия, вскрывающая подлинную связь между душой, умом, сердцем и мыслью, их болезни и лечение, и православная психопатология, указывающая на страсти как на источник психических, душевных страданий и отклонений – сегодня

представляют собой самостоятельные «научные дисциплины», которые преподаются в курсах, например, по пасторальной психологии в европейских университетах. Такие курсы часто строятся на сопоставлении подходов и решений, предлагаемых академической психологией, которая изучает закономерности «непреображенной психики» и видение тех же проблем в перспективе христианской антропологии. В работах таких богословов, как митр. Иерофей [5], архиепископ Хрисостомос [1], Жан-Клод Ларше [2; 3] и еп. Гиеротеос [4] подробно рассматриваются различные аспекты лечения и исцеления человека, исходящие и основывающиеся на христианском вероучении. В своем докладе я рассмотрю эти теории подробнее.

Литература:

1. Archbishop Chrysostomos A Guide to Orthodox Psychotherapy. University Press of America. – 2007.
2. Jean-Claude Larchet Thérapeutique des maladies mentales. Paris. – 2008.
3. Jean-Claude Larchet Theologie dela maladie. Paris. – 2001.
4. Bishop of Nafraktos Hierotheos Orthodox psychotherapy. Greece. – 1994.
5. Митрополит Иерофей (Влахос). Православная психотерапия. Свято-Троицкая Сергиева Лавра. – 2004.

Попов А. В.,

Медичний центр ТОВ “Гомеопатія від Попових”,
homeopat.a.popov@gmail.com

РЕЛІГІЯ ТА ГОМЕОПАТІЯ В ІСТОРИЧНОМУ ДИСКУРСІ

Засновник гомеопатії Самуїл Ганеман був глибоко релігійною людиною, за віросповіданням протестант-лютеранин і лишався ним до смерті. Свідectва сучасників доводять, що він регулярно відвідував церкву, у розмовах з пацієнтами та особистому листуванні проявляв релігійні погляди.

У своїй «новій методі терапії» – гомеопатії, Ганеман запровадив особливий принцип призначення ліків та специфічний спосіб їх приготування [3, 5]. Щоб відновити здоров'я, Ганеман з допомогою нових принципів терапії та лікознавства сподівався гармонізувати «силу самовидужання», яку в тогочасній медицині іменували віталізмом [5]. «У здоровому стані людини віталізм оживляє матеріальне тіло (організм), керує ним з необмеженою владою, і зберігає всі частини організму в захоплюючій, гармонійній, життєвій співпраці щодо відчуттів і функцій, таким чином, що наш вільний від забобонів розум може розпоряджатися ним, як живим інструментом для досягнення найвищої мети нашого існування». Щодо природи самого віталізму (життєвої енергії), то засновник гомеопатії вважав його походження Боже-ственим [5].

За думкою першого покоління гомеопатів – учнів та колег Ганемана, таємниця життєвої енергії не могла бути пояснена на рівні людського розуму, зокрема тогочасних медичних знань. Саме Християнська доктрина пояснювала метаморфозу (диво) одужання, яке ставалося через гомеопатію [4]. І саме Божому промислу в листах до учнів дякує Ганеман за своє відкриття гомеопатії.

В середині XIX сторіччя гомеопатія потрапила до Російської Імперії: поруч із лікарями найпершими провідниками та патронами гомеопатії були священики, особливо в сільській місцевості. Гомеопатичні аптеки навіть готували для них спеціальні аптечки [2]. Серед делегатів Першого всеросійський з'їзду прихильників гомеопатії (1913 рік) також було чимало священиків. Св. Праведний Іоан Кронштадський на церемонії відкриття гомеопатичної аптеки та поліклініки в Санкт Петербурзі сказав: «Ваш метод лікування має за гасло вислів древніх мудреців-гомеопатів «*Similia similibus curentur*» – метод найбільш розумний та вірний... У самій Боголюдині маєте приклад подібного подібним. Хай завжди буде вашим всесильним Помічником сама Боголюдина і Всесильний Творець і Лікар людства, яке хворіє на тління» [1]. Єпископ Серафим Чичагов (канонізований 1997 році) сам займався гомеопатичним лікуванням і активно його пропагував [1].

Первісна доктрина гомеопатії, щодо визначення «життєвої сили», на початку XX сторіччя була переглянута відомим американським гомеопатом Дж. Т. Кентом [6]. Для пояснення віталізму він запозичив філософські погляди шведського вченого і теософа Е. Сведенборга [7], таким чином заклавши в гомеопатичну доктрину елементи «нової релігії», яка була «покликана реформувати християнство». Сведенборг також займався тим, що зветься окультизмом. Для пояснення нематеріального механізму дії гомеопатичних ліків Кент ввів в обіг термін «духовності ліків», який постає у протиріч з теологічною концепцією Святого Духа.

Реформувавши філософію Ганемана, Кент заклав підвалини застережливого, а іноді ворожого ставлення до гомеопатії з боку християнської церкви. На жаль суперечливі, але суто теоретичні питання перенеслися на практичну методологію гомеопатичного лікування, яка не має нічого спільного з окультизмом та езотерикою. Число прихильників так званого «кентіанства» (послідовників Кента) серед гомеопатів є значним, на противагу від прихильників фундатора гомеопатії – Ганемана, який свого часу застерігав від будь-яких спроб визначити життєву силу.

Таким чином, ставлення до гомеопатії з боку католицької церкви є двозначним. Зокрема в документі «Ісус Христос є носієм живої води», виданим Папською радою з культури, гомеопатія розглядається, як одна з представниць холістичної медицини, в одному ряді з хіропрактикою, іридіодіагностикою, масажем, фітотерапією, медитацією, нутриціологією, лікування музикую та світлом, реінкарнацією тощо [11], що вочевидь свідчить про необізнаність шановних членів ради з суттю гомеопатичної методології.

На симпозіумі «Етика і духовність здоров'я» (Рим, 2015) під егідою Папської ради з охорони здоров'я також відбулося обговорення гомеопатії.

Учасники симпозиуму підкреслили, що останнім часом гомеопати почали застосовувати наукові методи. Була підкреслена роль води як основи функціонування живого організму, водночас основного розчинника для приготування гомеопатичних препаратів. У підсумку питання: як релігія ставиться до гомеопатії так і залишилося відкритим – таким же відкритим, як і сам симпозиум, що зібрав представників різних віросповідань.

Що стосується засновника Київської гомеопатичної школи Дем'яна Володимировича Попова, він був прихильником класичної ганеманівської гомеопатії, яку вважав суто науковим методом, який не має відношення до езотеричних знань або практик [3]. Випускник Лохвицького комерційного училища 1918 року, він не тільки вивчав Закон Божий, але й слідував йому через усе життя, через роки більшовицького терору та атеїзму, зокрема медичного атеїзму. Для успішного лікування крім знань та таланту він вважав за необхідне благословення земне та провидіння Господнє.

Література:

1. Бутенин А.М. (2004), Гомеопатия и православие. ООО «Экспреспринт И.К.». Москва. – 335 с.
2. Дюков Е.Я. (1900) Духовенство и народная медицина. Вестник гомеопатической медицины. №7 - с. 193-198.
3. Попов Д.В., Попова Т.Д., Попов А.В. (1994) Киевская гомеопатическая школа. Сборник статей и докладов. Випол. Київ. с. 4-9.
3. Dragos P. (2008). Homeopathy and Early Christianity. Books on Demand GmbH. Norderstedt. – 102 p.
5. Hahnemann S. (1992) Organon der Heilkunst / bearb., hrsg. und mit einem Vorw. vers. von Josef M. Schmidt. Karl F. Haug Verlag, Heidelberg.
6. Kent J.T. (2018), Lecture on Homeopathic Philosophy. Narayana Verlag GmbH. Kandern. – 342 p.
7. Swedenborg E. (2009), True Christian Religion. Vol. I-II. Pennsylvania: Swedenborg Foundation. – 1245 p.
8. Wood M. (2005), Vitalism: The History of Herbalism, Homeopathy and Flower Essences. North Atlantic Books. California - p. 195-204.
9. Nucleus. (October 1995). Homeopathy – a Christian Medical Perspective. Coker R. <https://www.cmf.org.uk/resources/publications/content/?context=article&id=548>
10. Hopathy. (April 2008) A Brief Exploration of the Influence of Religion on Homeopathy. Glaisyer M. <https://hopathy.com/homeopathy-papers/a-brief-exploration-of-the-influence-of-religion-on-homeopathy/>
11. Pontifical Council for Culture, Pontifical Council for Interreligious Dialogue. Jesus Christ the Bearer of the Water of Life. A Christian reflection on the “New Age”. http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/interelg/documents/rc_pc_interelg_doc_20030203_new-age_en.html

СУТНІСНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ МОЛИТВИ

Молитва являє собою усвідомлений процес, який виникає з внутрішньої потреби людини поділитись своїми переживаннями, під час якого індивід вербальними засобами звертається до надприродних сил задля задоволення власних потреб, стремлень чи засвідчення певних намірів. На відміну від переживання і діяльності, феноменологічна основа молитви - «можливість неможливого». У молитовному процесі змінюється особистісне ставлення, оцінка, осмислення своїх душевних актів і станів.

Зазвичай дія молитви Отцями церкви пов'язувалась з їхнім духовним життям. Молитва – це подих духу, завдяки якому людина стверджується у вірі. Школа внутрішньої молитви сприяла вдосконаленню людини, відкривала перед нею незорі духовні обрії. Постійна інтенсифікація духовного життя приводила до нових способів самовираження.

Отці та вчителі Церкви виокремлювали кілька ступенів молитви. Перший ступінь – це діяльна молитва, коли людина читає, б'є поклони. Другий – уважна молитва, коли розум повністю зосереджується, ні на що не відволікаючись. І останній – молитва серця, коли думка, проникаючи в серце, стає відчуттям, підноситься до безперервності, – тоді починається духовна молитва.

Святі отці вважали, що людина повинна вкладати в молитву весь розум та серце; справжня молитва здійснюється напруженою і зосередженою увагою. Молитва повинна бути старанною, немовби проростати із серця. Безперервна молитва містить коротку фразу, повинна повторюватись сотні раз, аж поки не вкорениться як «кипляче джерело». Спершу вона проголошується голосом, потім беззвучно губами і нарешті повністю перетворюється на «розумну молитву». У цьому випадку людина прилучається до безперервної молитви; отже, тіло спить, а серце «працює».

Відомий український філософ Г. Сковорода одним із чинників оновлення душі вважав молитву. Однак молитву він розумів як богомислення, як занурення у світ мікрокосму. Цей процес він уподібнює до пошуку істини чистим серцем. Лише через богомислення відкривається утаємниченість світу. Тому не варто відвідувати храми й молитися там біля ікон. Це є виявом несправжньої релігійності. Лише молитва як богомислення здатна осягати серце, запалити в ньому Божу іскру.

Г. Сковорода мав звичку присвячувати такій молитві багато годин. «Богомислення ... запрошувало його до вічного, єдиного, істинного блага його, всюдисущого, всенаповнюючого, змушувало його взяти всю Божу зброю, щоб міг стати проти підступів лжемудрості» [1, с. 409]. Така нічна молитва в тиші глибокого мовчання почуттів і природи одухотворяла серце, облагороджувала його, сприяла оновленню.

Молитва захоплює людину цілком: перш ніж примусити нас прихилити коліна, вона підкоряє всю людську душу. Саме про таку молитву сказала св.

Тереза: «Обіцяйте мені, що ви будете кожний день молитися лише чверть години, а я вам обіцяю небо». Молитва – багаторівневий феномен. Ось який «скелет» молитви ми знаходимо в італійського філософа П. Мантегацци. На першому етапі людина готується до молитви – зосереджується, готує місце, виокремлює прохання, з яким буде звертатись до Бога. На другому етапі молитовного стану людина включається в роздуми, у які залучається пам'ять, що вказує на істини, котрі повинні слугувати предметом молитви; розум втручається, щоб коригувати молитовний процес; воля приймає висновки і рішення, які відрізняються практичністю і всесторонньою визначеністю. І на заключному етапі задіюються всі сили людини і молитва виступає як розмова з Отцем, Сином, святим Духом [2, с. 154–155]. На думку П. Мантегацци, молитва виступає одним із основних структурних елементів релігійного екстазу. Він виокремлює такі компоненти релігійного екстазу: благоговіння, приниження, віра, молитва, споглядання видінь. П. Мантегацци називає молитву одним із найбільш величних психічних явищ, котре здатне вивичити на найвищій щаблі божественного, змінити, перетворити людину.

На одній із міжнародних конференцій, що проходила в університеті Арізонського університету (США) на тему «Новітні досягнення науки про свідомість», були оголошені тези петербурзького вченого, завідувача лабораторією психофізіології психоневрологічного інституту ім. В.М. Бехтерева, професора В. Сльозіна і кандидата медичних наук І.Рибіною, де повідомлялося про відкриття незвичайного (унікального) феномена - особливого стану людини під час молитви. Вчені спробували відповісти на питання: «Що відбувається з мозком, коли людина молиться?» Було виявлено, що під час молитовного стану православного священнослужителя електроенцефалограма показувала повне виключення кори мозку. Однак при цьому спостерігалася ясна свідомість. В. Сльозін підкреслює: «Ми назвали цей феномен четвертим станом людини. До нашого відкриття наука знала три стани свідомості людини: напання, повільний і швидкий сон, які відрізняються один від одного характеристиками електричних імпульсів в корі. Тепер нам стало відомо і ще один стан - повне відключення електричної активності кори головного мозку при ясній свідомості»[3, с.18].

В процесі молитви розгортається своєрідний діалог, який носить запитувальний характер. Людина, знаходячись в певному душевному стані та долаючи межі власного «Я», здійснює проєктивне цілепокладання того, що її хвилює, бентежить. Потім, зберігаючи напругу цієї запитальної установки та утримуючи душевний стан, намагається інтегрувати і центрувати даний процес задля устремлень до царини Божественного, зберігаючи духовну відкритість та очікуючи відповідь. Отже, діалогізм розгортається в площині «запит-відгук», що сприяє синергізації. Молитва вказує на орієнтацію свідомості того, хто молиться, висловлює цю орієнтацію як інтенції в певній структурі свідомості, інтерпретує ці інтенції, відкриває цілий спектр можливостей. В даному контексті можна згадати яскравий символ Богоспількування як зустріч людини з Богом - фреску Мікеланджело, де підкреслюється головне в цій зустрічі - простір «між» зустрічними. Така зустріч здійснюється як діалог, в якому кожен рухається назустріч іншому, а, власне, зустріч відбувається «між» учасниками діалогу.

Література:

1. Ковалинський М. І. Життя Григорія Сковороди / М. І. Ковалинський // Твори : у 2 т. / Г. Сковорода. – К. : АТ «Обереги», 1994. – Т. 2. – Трактати. Діалоги. Притчі. Переклади. Листи. - С. 380-418.
2. Мантегацца П. Экстазы человека / П. Мантегацца ; пер. с ит. Н. Лейненбер. – СПб. : Типогр. газеты «Новости», 1890. – Ч. 1. 242 с.– Ч.ІІ. – 132 с.
3. Молитва – как особое состояние человека. Сенсационное открытие ученых Института имени В. М. Бехтерева // Спасите наши души. Журнал для верующих и неверующих. – 1999. – № 8. – С. 18.

**Пустовіт С. В., Бойченко Н. М., Остапенко Б. І.,
Березіна В. В., Коваленко Н. М.,**
НМАПО ім. П.Л. Шупика,
ostabor@hotmail.com

ФІЛОСОФСЬКЕ ПІДҐРУНТЯ МЕДИЧНОЇ ТЕОРІЇ І ПРАКТИКИ

Зміна характеру медицини як фундаментальної науки та діяльності, набуття медициною статусу потужного соціального інституту та біомедичної практики вимагає нагального перегляду її філософських засад, створення нової філософії медицини та охорони здоров'я, виходячи з сучасних досягнень світової філософської думки, філософії науки, філософської антропології, історії філософії, аксіології науки тощо.

Криза нормостатистичного підходу до здоров'я/хвороби свідчить про те, що лікарі більше не можуть обмежуватися природничонауковими онтологіями та теоріями пізнання, внутрішньоцеховими стандартами доказової медицини та лікарської етики. В цьому контексті набуває особливого значення переосмислення онтологічних, гносеологічних та аксіологічних засад сучасної медичної теорії та практики [1].

Динаміка здоров'я/хвороба – це екзистенціал, який неможливо розкласти на етіологію, патогенез, скарги і симптоми. Його сенс є трансцендентальним цілям і завданням, які ставить перед собою медична наука. Життя кожного пацієнта (як і життя лікаря) здійснюється в ситуативному горизонті. Ситуація, в якій перебуває пацієнт, – це за своєю суттю екзистенційна ситуація стояння в просвітку норми й патології, здоров'я і хвороби, загроза життю і буттю з боку смерті та небуття. Тут не лише людське життя в його трансцендентному вимірі, а життя взагалі, життя як таке, життя, представлене на планеті Земля, виступає трансцендентною життєвою формою, важливою рисою фундаментальної ситуації людини [3].

У цій перспективі медицина перестає бути лише доказовою і науковою, вона повертає собі статус загальнолюдської практики, як фундаментального способу впорядкування людством і окремими його представниками свого життя і способом виживання всього людства. Приймаючи онтологічний статус

фундаментальної життєвій ситуації людини, ми зобов'язані прийняти новий образ медичної раціональності у вигляді раціональності трансцендентальної прагматики, раціональності життєвої ситуації пацієнта [2]. Ухвалення установок трансцендентальної антропології дозволяє відмовитися від однозначного дуалізму і сцієнтизму та почати розглядати життя пацієнта в повноті його фактичних екзистенціалів.

В світлі сучасних філософських розвідок щодо медичних онтологій сучасна медична освіта також набуває трансформаційних змін [1]. Вона постає не лише як специфічний різновид освіти, але як особливе місце зустрічі теорії і практики, де набувають особливого значення загальні філософські проблеми – співвідношення свідомості й тілесності, взаємообумовленості суспільного та технологічного розвитку, застосування абстрактних етичних принципів до конкретних життєвих моральних колізій. Усе це потребує звернення дослідника до методології практичної філософії, а викладача – до залучення її підходів до освітньої практики. Таким чином, перший і головний парадигмальний зсув на рівні філософського обґрунтування медичної освіти, яка відображає об'єктивні трансформації самої сучасної медицини, є поворот від традиційної філософської епістемології як знання про знання до практичної філософії як знання про дії, у якій гносеологічні передумови замінюються перформативними професійними стратегіями – «єдністю обов'язків та дій» [4].

Концептуального характеру має набувати не лише медична освіта, але й сама професійна діяльність медичного працівника: він перетворюється на ініціативного, компетентного, творчого і відповідального учасника медичних практик, які містять у собі елемент нових рішень щодо розв'язання складних медичних проблем у режимі інтенсивної взаємодії з іншими учасниками медичних практик – передусім колегами-медиками та пацієнтами.

Принцип ставлення людини до живого, до Життя, є важливим принципом конституювання власне всіх людських якостей, включаючи здоров'я. Одним з важливих факторів формування сучасного світогляду лікаря є впровадження в практику біоетичних цінностей [5], принципів та правил, що регулюють професійну поведінку медичних працівників та дослідників, уможливають безпечно використання нових медичних технологій в практичній та науковій діяльності лікаря. Сучасна науково-технічна цивілізація вимагає від медика-спеціаліста підготовки, осмислення й, доволі часто, трансформації ціннісного рівня світогляду, соціальної компетентності, комунікативності та рефлексивного мислення. За допомогою глобальної біоетики на світоглядному, філософському та професійному рівнях розробляються і впроваджуються нові етичні методи та підходи, принципи та правила, саме тому відбувається трансформація традиційної лікарської етики та змінюється її зміст і форма.

Провідні цінності лікарської діяльності мають безпосереднє відношення до онтології медицини, адже вони пов'язані не лише з внутрішнім світом медичного працівника чи спільними переконаннями медичної спільноти, але й з зовнішнім світом усього живого, зокрема з тілесністю людини, об'єктивними закономірностями функціонування її організму, віком, екологічною ситуацією, на чому наголошує зокрема екологічна біоетика. Система цінностей

медичного працівника, що включає такі поняття як життя, здоров'я пацієнта, самовідданість, професіоналізм, намагання не нашкодити пацієнту, чесність і порядність, мають свій «онтологічний статус», продиктований самим матеріалом медичних досліджень та практичної лікарської діяльності, а саме людиною, як її головною метою. Особливістю цінностей, на яких має базуватися діяльність лікаря та вченого-медика, є те, що вони не можуть існувати у абстрактній формі, а є вкоріненими у середовище і мають велику кількість функцій. На професійних цінностях ґрунтується не тільки діяльність лікаря та науковця, але й їх об'єднання в окрему спільноту, котра має власні установки, переконання, корпоративну солідарність.

Таким чином, медицина повинна бути орієнтована на універсальні світоглядні принципи [6] та підходи постнекласичної науки, цінності глобальної біоетики, а її дослідники та представники мають виходити на рівень філософського осмислення та обґрунтування як теоретичних та наукових, так і нормативно-правових, моральних стандартів своєї професійної діяльності.

Література:

1. Пустовіт С.В., Бойченко Н.М. Викладання філософії у навчальних закладах післядиплоної медичної освіти: місце етичної та біоетичної проблематики//Інтегративна антропология. – 2018. – №1(31). – С. 4-9.
2. Пустовіт, С.В. Міфологізація тілесності в контексті медичних практик. 2018 // Дні науки філос. ф-ту-2018, 26-27 квітня 2018. – К.:КНУ, 2018. –Т.4.5. – С. 137-138.
3. Березіна, В.В., Пустовіт, С.В. От нормостатистической модели здоровья к фундаментальной жизненной ситуации пациента. Вклад Г.-Г. Гадамера. Практична філософія: науковий журнал . – Київ : Вид. ПАРАПАН, – 2017. – С. 32-39.
4. Бойченко Н.М. Суспільна значущість академічних цінностей: моральний аспект освітньої комунікації // Буття людини в суспільстві: відносини, спілкування, духовність: системний виклад: [Монографія] / І.В. Бойченко, М.І. Бойченко та інші. – К. : Промінь, 2012. – С. 452–474.
5. Коваленко Н.В. У истоков европейской биоэтики: биоэтический императив Фрица Яра // Strategia supravietuirii din perspectiva bioeticii, filosofiei si medicine // Culegere de articole stiintifice cu participare internationala. – Vol. 23. – Red. Responsabil dr. hab. in filosofie, prof. univ. Teodor N.Tirdea. – Chisinau: CEP "Medicina", 2017. – P. 103-105.
6. Ostapenko V.I. Absolute of Morality in the Healthcare Context // VI National Congress on Bioethics with International Participation. September 27-30, 2016. Kiev, 2016. – P. 20.

СООТНОШЕНИЕ НАУКИ И РЕЛИГИИ: ТРИ ОСНОВАНИЯ

Поиск возможностей непротиворечивого совместного развития науки и религии – проблема, чрезвычайно актуальная для современного общества, живущего идеей плюрализма мировоззренческих позиций. Однако сложность этого поиска усугубляется периодически звучащей критикой от радикально настроенных представителей как одной, так и другой культурных сфер – критикой, лишенной толерантности и конструктивности. История знает множество примеров взаимных гонений науки и религии, к сожалению, нередко выливавшихся в откровенные расправы над теми, кто мыслил «неправильно» с точки зрения господствующей идеологии. Тем не менее, вопреки широко распространенному мнению отметим, что «мучеников науки», которые пострадали бы от решений религиозных структур за свои непосредственно научные взгляды, оказывается не так уж и много. Значимо большим страданиям ученые были подвергнуты «инквизиторами» не религиозного, а атеистического профиля, когда «деятели науки» (нередко оказывающиеся амбициозными, но весьма поверхностными исследователями, а еще чаще – далекими от науки работниками госаппарата) брали на себя право проведения демаркационной линии между наукой и лженаукой. Такие области знания, как генетика и кибернетика, в свое время в нашей стране были относимы к последней. Напротив, число подвергнутых репрессиям на основании политики воинствующего атеизма священников (многие были казнены) только в бывшем СССР насчитывает десятки тысяч. Хочется надеяться, что «черные страницы» взаимоотношений науки и религии никогда не повторятся и навеки останутся в прошлом, а критика, звучащая в адрес иной культурной сферы, будет не разрушительной, а конструктивной, катализирующей обоюдное – как научное, так и религиозное – тяготение к истине. Последующие строки нами будут посвящены прояснению возможности непротиворечивого сосуществования этих двух областей культуры и даже их гармоничного «взаимоСОдействия» (термин М. С. Дмитриевой [2, с. 15]).

В предложенном контексте представляется возможным соотнести науку и религию на трех основаниях. Во-первых, сопоставляя предметные области этих форм культуры, отметим, что наука ориентирована на познание явлений и процессов природной (естественнонаучное знание), социальной (общественные науки) реальности. Даже когда в рамках психологических наук речь идет о психической сфере, осмысляемой как в личностном, так и в социальном аспектах, такая подача предполагает исследование проявлений психического в жизнедеятельности людей, а не самого его естества. В то же время, можно ли все сущее свести лишь к эмпирически открывающемуся? Еще Платон в своем знаменитом мифе о пещере, изложенном в диалоге «Государство» [4], подверг резкой критике тех, кто мыслит столь примитивистски. По этому поводу вспоминается анекдот. Во время проповеди к священнику с

вопросом обращается скептически настроенный молодой человек: «Откуда Вы знаете, что есть другой мир, ведь оттуда никто не возвращался». В ответ на это священник рассказывает «анекдот в анекдоте». Сидят два младенца в утробе матери, и один у другого спрашивает: «Откуда ты знаешь, что есть другой мир, ведь оттуда никто не возвращался».

В отличие от науки, религия обращена к сфере внеопытной, метафизической (от др.-греч. τὰ μετὰ τὰ φυσικά – «то, что после физики»). Еще в V в. нашей эры раннехристианский мыслитель Августин Аврелий сказал: «Хочу познать Бога и душу! – И больше ничего? – Абсолютно ничего!» [Цит. по: 1, с. 595], чем ознаменовал познавательные устремления на тысячу лет вперед. В таком случае, каким же образом, с помощью какого инструментария, к примеру, естественные науки (в первую очередь, критики религии) обращаются за аргументами к физике, химии, биологии) смогут доказать или опровергнуть существование Бога?! Ведь эта сфера в принципе не является для них предметом исследовательского интереса! Долгое время scientistic ориентированные люди склонны были утверждать, что эволюционизм (Ж. Б. Ламарк, Ч. Дарвин, А. Уоллес, Г. Мендель и др.), якобы, делает избыточной идею Бога. Однако позже было показано, что эта теория не объясняет ряд аномальных (по отношению к ее положениям) феноменов. Более того, известны случаи, когда исследователи, желая очередной раз фактуально подтвердить учение об эволюции, позволяли себе откровенные подлоги. Так, достаточно шумевшей в свое время была история «трех клише», связанная с именем Э. Г. Геккеля [прив. по : 5]. В своей проекции эволюционистской теории, преследуя цель доказать, что человек, обезьяна и собака развиваются из одинакового зародыша, он «...напечатал три негатива этих зародышей, которые, однако, оказались продуктами одного негатива, печатанного с разным нажимом и некоторой подчисткой» [5]. Также весьма необоснованной является мысль, что необходимость в идее Бога как Творца всего сущего отпадает благодаря предложенной космологами теории Большого взрыва. Однако утверждающие такое забывают, что ни одна научная теория не бывает полностью лишённой недостатков (подробнее об этом – ниже). Не претендует на истину в последней инстанции и упомянутая теория. Если и принята в том или ином научном сообществе данная космологическая модель (а у нее есть альтернативы!), то физики и астрономы занимаются только тем, что было «после» точки сингулярности, от которой началось расширение Вселенной. Возникает резонный вопрос: корректно ли отождествлять начало развития мироздания и его причину? Не случайными, посему, являются попытки некоторых религиозных философов современности (в частности, неотомистов) объединить научно-космологические и креационистские (от лат. creatio, род. п. creationis – «творение») представления. Действительно, почему не могло быть так, что Богу угодно было начать творить мир с Большого взрыва?! По крайней мере, логического противоречия здесь нет. И так, наука и религия не противоречат друг другу уже по причине различности их предметных областей.

Второй важный момент сравнительного анализа касается базисного основания этих двух социально-культурных областей.

Традиция их противопоставления редуцирует фундамент религии к вере, а фундамент науки – к знанию, причем рациональному, обоснованному. И это обстоятельство также побуждает молодое поколение тяготеть ко второй культурной форме. Однако все ли так однозначно? Не секрет, что религиозная вера нередко подкрепляется знанием. Так, упоминания о жизни и деяниях Иисуса Христа встречаются у древних историков Иосифа Флавия, Плиния Младшего, Корнелия Тацита. В то же время, наука, будучи сферой, на первый взгляд, исключительно рациональной, как оказывается, также не лишена элемента веры. Теоретические построения в науке действительно зиждутся на аргументации, но в качестве исходных, первичных, задающих само русло теоретизирования положений используются аксиомы. И поскольку последние являются положениями, открывающимися ясно, самоочевидно и не нуждающимися в доказательствах, то выходит, что ученые в них попросту верят.

По этому поводу следует отметить еще одно важное обстоятельство. В работе американского историка и философа науки Томаса Куна «Структура научных революций» (1962 г.), ставшей (пусть и через волны критики) одной из отправных точек для современных исследователей-методологов, процесс развития науки показан как последовательность сменяющих друг друга парадигм (от греч. παράδειγμα – «пример, модель, образец») – фундаментальных моделей мысли в виде совокупности аксиом, указаний, предписаний, которые выступают для научного сообщества в качестве образцовых способов постановки и решения задач [3, с. 11]. И поскольку, как это позже признал и сам Кун, служащие парадигмами теории и концепции могут не только сменять друг друга, но и парадоксальным образом сосуществовать, принципиально по-разному решая головоломки науки, то теряется смысл в определении «правильного» решения на фоне «неправильного» – «правильными» становятся все конкурирующие подходы (разумеется, каждый в определенных условиях). Следовательно, выбор молодого ученого в пользу какой-то одной парадигмы (и, соответственно, культивирующей ее научной школы) осуществляется не только на рациональных началах, но и на базисе веры в справедливость ее положений, в авторитет ее адептов.

В отличие от первых двух оснований соотнесения науки и религии, третье как раз покажет принципиальное отличие этих типов мировоззрения и форм культуры. Религия есть система, в целом устоявшаяся (пусть даже и через бескомпромиссную борьбу на ранних этапах своего становления) в своей догматике. Она консервативна, ее положения практически не поддаются существенной редакции. Всем памятен проект Мартина Лютера, Жана Кальвина и др., осуществивших попытку реформировать католицизм. В результате кровопролитных войн между католиками и протестантами католицизм, наоборот, утвердился в своем вероисповедании, а протестантское движение оформилось в самостоятельную ветвь христианства.

Наука, в свою очередь, есть система динамичная, всегда открытая новаторству, альтернативным подходам. С одной стороны, наука использует своеобразный «шлагбаум», ограничивающий ее от ненаучных и даже псевдонаучных «вторжений», – такой способ подтверждения теории, как

верификация (выдвинут Венским кружком). Этот способ базируется на констатируемом соответствии теоретических положений опытным данным. В то же время, с другой стороны, не менее значимым для определения научности знания является принцип фальсификации (сформулирован Карлом Поппером), который, наоборот, требует от теории наличия методологической возможности ее опровержения через постановку эксперимента (пусть даже мысленного). Иными словами, теория не будет удовлетворять критериям научности, если она не способна потенцировать перспективы ее критики или даже ниспровержения. Действительно, никогда не существовала и вряд ли будет существовать научная теория, которая была бы «безгрешна» во всех своих положениях. Однако в этом и заключена суть научного поиска – наука движется к истине, набивая шишки об аномалии загадочного мира.

В свое время святитель Лука Крымский (в миру – профессор-хирург В. Ф. Войно-Ясенецкий), который своей жизнедеятельностью показал, насколько перспективным и плодотворным может быть союз науки и религии, писал: «Одно знание может сделать нас только книжниками, теоретиками, гамлетами, которые только рассуждают, но не могут творить. Одна вера, не знающая, во что верит, не имеющая своим предметом бездонный и светлый образ Бога, явленный во Христе, – слепая вера. Такая вера может воодушевить Дон-Кихота, но... на борьбу с ветряными мельницами. Нам нужно живое знание и зрячая вера, и только их синтез и неразрывная связь откроют возможность творческой жизни. Ибо творят жизнь мудрые, окрыленные верой» [5].

Итак, и религия, и наука занимают свои достойные места в истории и культуре. Противоречия, якобы всплывающие между ними, нередко оказываются надуманными. Каждая из этих культурных форм – а вместе с ними и философия, и искусство – отражает вечное стремление человека к расширению своего знания о мире и углублению понимания его тайн. Через тернии – к звездам!

Литература:

1. Антология мировой философии. В 4 т. Т. 1, ч. 1 и 2: Философия древности и средневековья / АН СССР, Ин-т философии; ред. коллегия: В. В. Соколов [и др.]. М., 1969. 936 с.
2. Дмитриева М. С. Синергетика в науке и наука языком синергетики : сборник статей. Одесса, 2005. 184 с.
3. Кун Т. Структура научных революций ; пер. с англ. И. З. Налетова ; общ. ред. и послесл. С. Р. Микулинского и Л. А. Марковой. [2-е изд.]. М., 1977. 304 с.
4. Платон. Государство ; пер. с древнегреч. А. И. Егунова // Филеб, Государство, Тимей, Критий / Платон ; общ. ред. А. Ф. Loseва, В. Ф. Асмуса, А. А. Тахо-Годи. М., 1999. С. 79–420.
5. Святитель Лука (Войно-Ясенецкий). Наука и религия [Электронный ресурс]. Режим доступа : https://azbyka.ru/otechnik/Luka_Vojno-Jasenetskij/nauka-i-religija/1_4 (дата обращения: 10.05.2019).

Чорноморденко І. В., Чорноморденко Д. І.,
Національний університет будівництва і архітектури,
Національний університет біоресурсів і природокористування України,
hmurii@ukr.net; d.chornomordenko@gmail.com

ПОЗНАНАКОВІ І НАУКОВІ ЗНАННЯ В ЖИТТЄТВОРЧОСТІ СВТ. ЛУКИ (В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦЬКОГО)

Велика кількість наших співвітчизників, яка своїм життям, своєю працею, своїм творчим доробком збагатила національну (і світову теж) скарбницю новими знаннями і технологіями, лишається ще мало дослідженим феноменом. Зроблені ними справи, висловлені ідеї, підґрунтя мотивації власної діяльності, мають, на нашу думку, потужний евристичний потенціал, кличуть допитливий розум до здійснення більш ретельного аналізу всього їхнього спадку. Філософський аналіз дасть нам можливість у майбутньому уникнути помилок які були допущені ними, з одного боку, та вчитися у них дотримуватися власних принципів і бути вірним обраному шляху самореалізації, з іншого. В цьому і полягає актуальність даного дослідження.

Одним із таких яскравих, багатограних, цілеспрямованих, самовідданих феноменів є постать свт. Луки (в миру Валентин Феліксівич Войно-Ясенецький).

Не зважаючи на те, що ми, як і багато інших людей, маємо досить невеликі знання стосовно медицини і то, в основному, з власного досвіду як пацієнта, з одного боку і як людини, (стосовно релігії) котра читає курс «Релігієзнавство», з іншого, ознайомившись з творчим доробком Войно-Ясенецького, його, на нашу думку, неповною біографією, ми були подивовані, глибоко зворушені і водночас горді тим, що ми маємо можливість поміркувати над тим, а чи багато хто з нас зміг би повторити багатостраждальну долю цієї самовідданої своїй справі і вірі людини.

Не зупиняючись окремо на його біографії, все ж вважаємо за необхідне акцентувати увагу на основних віхах його життєтворчості. Маючи від природи задатки (хист) до малювання, отримавши спеціалізовану освіту, перед Войно-Ясенецьким відкривалася велика перспектива стати митцем, про що свідчать наміри до вступу в Санкт-Петербурзьку художню академію, але він змінює свій намір мотивуючи це тим, що є більш нагальна і, на його думку, болюча проблема – збереження здоров'я простих людей. Войно-Ясенецький здійснив свій вибір і не на власну користь (покликання), але відгукнувся на соціальну потребу. Цей крок свідчить про усвідомлення здійснення більш нагального, необхідного. Виникає питання, чим же керуються на сьогодні молоді люди у виборі майбутньої професії (юриста, митника, податківця, тощо)? Ось вам і різниця...Отримавши медичну освіту, медичну практику, створивши власну сім'ю, у Войно-Ясенецького, природознавця, вченого, практика, стається усвідомлена подія, він вдруге здійснює свій вибір, змінює власне життя – він стає священнослужителем, свт. Лукою і подальша

його життєтворча діяльність відбувається з подвоєною відповідальністю. В досить складний історичний період він з честю виконує покладений на себе обов'язок не маючи умов його виконувати ні як хірург ні як священнослужитель, але докладаючи титанічних зусиль свт. Лука завдяки загартованій волі справляється успішно і з однією і другою справою яка в його розумінні єдина.

Аналізуючи його основні праці «Очерки гнойной хирургии», «Дух душа и тело», «Регионарная анестезия», «Наука и религия» тощо, нам відкриваються нові ідеї, нові знання, нові технології, котрі спонукають до розмислів. Що ж там такого, скажете Ви? Які такі нові ідеї? Яка від них користь сьогодні? Про які технології йдеться?

На перший погляд ніби нічого такого не відбулося, майже нічого, але це омана, є там і ідеї, і знання, і технології. Зокрема, в 1923 році в німецькому медичному журналі публікується стаття про новий метод перев'язки артерії і видалення селезінки. Враховуючи той факт, що на той час були відсутні антибіотики, свт. Лука знаходить засоби боротьби з гноєвими ранами, а у відсутності технології анестезії ним була розроблена методика регіонарної анестезії. Багато новацій і нового знання було отримано не лише завдяки самоосвіті і лікарській діяльності (свт. Лука читав зарубіжну спеціальну літературу, бо оволодів декількома мовами), але і в результаті епістемологічних практик, зокрема, не маючи жодного поняття про склад препарату впровадив у використання мазі яка давала позитивний ефект, хоча її приготування викликало сумнів (йдеться про саморобні мазі із землі – катаплазми). Свт. Лука приймаючи і примножуючи наукові знання не гребував і знанням позанауковим бо висловлював думки щодо неспроможності науки у вирішенні багатьох питань. Натомість цінував знання здобуте і не засобами науки. Велику роль відводив інтуїції завдяки якій ми можемо пізнати те на що наука неспроможна.

Розуміння значення віри в будь-якій діяльності людини для свт. Луки є апіорним. Він вважав, що «життя творять мудрі, окрилені вірою». Вірою в філософському розумінні цієї категорії.

Спираючись на здобуті знання, свт. Лука влучно і ємно характеризує уже існуючий на той час прагматизм і тим самим застерігає нас від можливого занепаду «главной движущей силой, разрушающей природу, является забвение духовных ценностей». Мало того він відверто критикує налаштованість та стан сучасного суспільства і констатує причину «Идеалы общества потребления, человеческий эгоцентризм, стремление к комфорту и наслаждениям, безудержная погоня за прибылью, вещизм завели общество в тупик».

Не часто ми можемо зустріти людину яка в своїй особі поєднувала би, на нашу думку, два основних види людської діяльності – з одного боку, самовіддано, творчо, цілеспрямовано лікувати тіло людське, а з іншого, лікувати його душу. Маємо припущення, що це було свідоме діяння, покликання, самореалізація.

ЧУДО ЗЦІЛЕННЯ У ХРИСТИЯНСЬКІЙ ТЕОЛОГІЇ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ НИЗКИ ПАРАНОРМАЛЬНИХ ФЕНОМЕНІВ ПСИХІКИ В КОНЦЕПЦІЇ АКАУЗАЛЬНОСТІ К.Г.ЮНГА

Одним з найважливіших елементів релігійної віри, в якому значною мірою втілена специфічна природа самої релігії, є віра в чудо. Без неї, також як і без релігійної віри як такої, неможливе існування й самої релігії, у всіх її ідейних, обрядових та інституціоналізованих виявах. І в гносеологічному аспекті, і в своєму психологічному змісті віра в чудо та релігійна віра як така нерозривно пов'язані між собою та є, в певному відношенні, рівносильними. Віра суб'єктивно долає кордони природного і ця необмеженість та всемогутність віри знаходить найбільш значущий зовнішній прояв саме в чуді.

Для наукового дослідження чудо постає доволі незвичним і складним об'єктом, адже воно не є „річчю” цього світу та не вписується в „звичайну” фактуальну реальність. Видатний французький сходинець і історик Ернст Ренан, в передмові до своєї відомої праці „Життя Ісуса”, категорично заявив: „Якщо чудо якоюсь мірою можливе, то вся моя книга є суцільною оманом” [1, с.6]. Є потреба також наголосити на тому, що окремі випадки небачених раніше та вкрай приголомшливих подій описуються винятково в суб'єктивно значущих термінах та торкаються глибинних таємниць психіки людини. В таких ситуаціях складно, а, вірніше, практично неможливо встановити та довести, що певна комбінація природних явищ чи суспільних подій або ж вкрай дивні відчуття людини (соматичної та вісцеральної природи), також, як і незвідані до цього коливання загального психофізіологічного тону людського організму, дійсно відзначені унікальністю, що якимось чином може вказати на їх позаприродне походження. Низка дивних зцілень або розвиток подій у такий спосіб, коли людина незбагнено уникає грізної небезпеки, як от, не встигає на рейс літака, що згодом зазнає аварії, і суб'єктивно сприймаються і знаходять свій зовнішній прояв, тобто описуються, винятково в термінах індивідуального існування; вони витлумачуються та викладаються в залежності від неповторного світогляду людини, а це серйозна перепона на шляху неупередженого та об'єктивного висвітлення даних подій. Певно про такого штибу подію повідомила своїм читачам газета „Освіта України” [2, с. 15]. Йшлося про трагедію, що сталася з 21-річним студентом Аризонського університету Семом Шмідтом, котрий після автомобільної аварії, де він отримав складні травми, два місяці перебував у комі. Медики діагностували у нього смерть головному мозку, їх прогнози були вкрай невтішні. Однак саме перед остаточним консилиумом фахівців, опісля якого передбачалося вимкнення апаратів штучного забезпечення життя, до Сема несподівано повернулася свідомість. Він спочатку ворухнув пальцями рук, а потім остаточно прийшов до тями. Більше того, почувши про тяжкий перебіг своєї недуги, хлопець називає власне зцілення не інакше, як справжнісіньким чудом. Отже, чудо може виступати

занадто складним для описання та подальшого понятійного охоплення та виразу елементом суб'єктивної релігійності.

Цікавим, в цьому плані, є досвід психоаналітичного з'ясування низки паранормальних феноменів та винятково дивних явищ психіки людини, що представлений в працях Карла Густава Юнга[3]. К.Г. Юнг, спираючись на ідеї висловлені швейцарським вченим, засновником квантової фізики Вольфгангом Паулі, езотеричні знання окультизму та власні спостереження клініциста, намагається збагнути та піддати світлу переконливого пояснення природу окремих індивідуальних подій, поза причинно-наслідковими зв'язками, що лежать в основі наукової концепції закону природи. Слід визнати, що в цілому психолог не проти фізичної каузальності як такої; він згоден, що події сьогодення, це не що інше, як наслідок чи результат попередніх чинників або причин. Однак, додає К.Г. Юнг як психолог, саме психологія, коли вона тяжіє до глибокого розуміння особистості людини, повинна визнати, що сьогодення зумовлюється не тільки минулим (каузальність), проте й майбутнім (телеологія); вона (психологія) повинна уподібнюватися дволикому Янусу, одне обличчя якого дивиться в бік минулого особистості, інше – звернене у майбутнє. Тільки такий підхід, за думкою вченого, надасть цілісну картину психіки людини.

Проте пізніше (1951-1952 рр.) К.Г. Юнг починає завзято обстоювати ідею, не пов'язану з каузальністю чи телеологією. Він називає її синхронією (або – синхроністичністю). Відповідне поняття запроваджується психологом в науковий пошук з метою пояснення так званих „значущих збігів”, тобто подій, що відбуваються одночасно і не зумовлюють одна одну як причини. Опрацювавши значну кількість літератури з телепатії, яснобачення, К.Г. Юнг помітив, що за певних обставин низка подій зовнішнього світу значущо збігається з суб'єктивно-психологічними станами особистості. Такі багатозначні збіжності, коли певні події відбуваються одночасно, але не пов'язані каузальними ланцюжками, не підпадають під фізичну причинність та знаходять для себе пояснення в термінах наукової концепції природного закону. Це дало К.Г. Юнгу підстави твердити, що у Всесвіті існує і діє закон іншого штибу, не схожий з законом фізичної причинності. Процеси ж, що не підпадають під наукове пояснення, психолог назвав некаузальними (акаузальними) або синхронними.

Слід відзначити, що впродовж послідовного витлумачення природи синхронії, К.Г. Юнгу не вдалося уникнути деяких містифікацій даного поняття. Окультна конотація змісту поняття синхронії була певним чином зумовлена алхімічними джерелами (наприклад відомим алхімічним принципом - „як зверху, так і знизу”), до яких звертався автор, а також специфікою власних спостережень К.Г. Юнга. Адже людинознавчі студії автора з самого початку його досліджень були засновані на положенні, що психіка людини занурена в чинник, що не має психічної природи. Мова велася про реальність архетипів, що перебуває поза просторово-часовим континуумом та організовує психіку людини. Архетипи, за думкою К.Г. Юнга, й зумовлюють акаузальні зв'язки подій, що відбуваються водночас, проте не пов'язані звичайним причинним способом. Мова йшла, наприклад, про значущі для людини події та сновидіння, що вказують на них.

Так, поступово до автентичних витлумачень змісту даного поняття було долучено містичні нашарування. В статті „Чудо”, що міститься в „Енциклопедії релігій”, виданій за редакцією всесвітньо відомого релігієзнавця Мірчі Еліаде, дається дефініція поняття „синхронізація”, в контексті пояснень самого К.Г. Юнга, та особливо наголошується на його містичній компоненті: „В його теорії кожен момент часу утримує значення; існують глибинні зв'язки усього існуючого в кожен період тривалості, і ці зв'язки мають свої джерела в нефізичному... або, в християнській термінології, духовному аспекті реальності”[4, с. 551]. Таким чином, синхронія, як пояснювальний принцип, за допомогою якого К.Г. Юнг воліє витлумачити деякі психічні феномени, починає пов'язуватися в його дослідженнях з універсальним світовим полем, де суб'єкт та об'єкт злиті в одне ціле та являють собою різні зовнішні прояви єдиної фундаментальної реальності, а істотні ознаки даного поняття безпомилково вказують на те, що синхронізація має місце тоді, коли подія А, В, С, D та ін., пов'язана з усякою іншою подією в кожен даний момент часу, а також із потоком тих значень, які представляють духовну реальність.

Уведення психологом в структуру власних людинознавчих побудов положення про всезагальний лад смислу, в додаток до фізичної каузальності, яка не була здатна, за переконанням психолога, виступити ефективним знаряддям пояснення всіх процесів і явищ світу, безсумнівно оригінальне. Однак доповнюючи принцип детермінізму положенням про універсальні смислові структури, К.Г. Юнг, все ж, не спромігся надати відповідному поняттю чіткості та ясності; на жаль поняття синхронізації залишилося в творчому набутку автора доволі аморфним і розпливчастим, а відповідна концепція в аналітичній психології одноставно визнається відповідними фахівцями суперечливою та надто складною для опанування. Годі й говорити, що ідеї К.Г. Юнга тільки вказують на духовний чинник, як на джерело паранормальних феноменів, які він спричиняє через синхронізацію, проте вони залишають відкритим питання – як саме здійснюється подібна синхронізація та де перебувають точки дотику, через які духовний вимір пов'язує і узгоджує певні процеси. Звісно, вони жодним чином не можуть бути інтегрованими в ціннісно-смисловий універсум богословських істин, зокрема в зміст богословського вчення про чудо, методологія і мета студіювання котрого гранично несумісна з дослідницькими принципами знаного психолога; тим більш, що ті паранормальні феномени й „значущі збіги”, на яких зосереджена увага К.Г. Юнга та які по-своєму інтерпретує дослідник, знаходили раніш і знаходять і до нині власну оцінку й власне вичерпне обґрунтування, але винятково теологічними засобами та виключно в межах кожної конфесійної теології.

Література:

1. Ренан Эрнст. Жизнь Иисуса / Пер. с франц. Е. Святловского. – Москва: Издательство предприятия «Обновление», 1991. – 336 с.
2. Чудеса бувають. Студент вийшов з коми за годину до вимкнення апаратів // Освіта України № 3 (1273) від 16 січня 2012 року. – С. 15.

3. Мається на увазі насамперед його книга „Синхронія: Акаузальний зв'язуючий принцип”. (Див: К.Г.Юнг. Синхронія: Акаузальний зв'язуючий принцип. – М.: Издательство «Рефл-бук», 2003. – 2-е изд., испр.).
4. Manabu Waida. Miracles //Encyclopaedia of Religion (Ed. Mircha Eliade): In 16 v. – New York. - London, 1984. – Vol.5. – P. 541-552.

Бучма О. В.,

Інститут філософії імені Г. С. Сковороди НАН України,
buchmaoleg@gmail.com

ДЕОНТОЛОГІЧНІ ВИМІРИ РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ

Деонтологія - термін, грецького походження і в перекладі означає «вчення про належне, обов'язкове». В науковий обіг його увів англійський філософ і юрист Ієремія Бентам. В своїх працях «Вступ до основ моральності і законодавства» та «Деонтологія, чи наука про мораль» він обгрунтував досвідний характер джерел і основ моральності. Бентам сформулював мету морального життя – «найбільше щастя для найбільшої кількості людей». А цієї мети, на його думку, можна досягти шляхом вірного розрахунку, так званої «моральної арифметики».

Отож, тривалий час деонтологія розглядалася як розділ етики, де піднімалися питання обов'язку і належного (того, що виражає вимоги моральності у формі приписів, що має бути здійснене, або зроблене). Пізніше її відокремили від аксіології. Поступово деонтологія формувалася як специфічна система знань про належне. І найбільш повно вона оформилася в межах медицини. І це не випадково, адже лікування людини, збереження її як соціальної цінності і як частини живої природи є проявом високої моралі, доброти, милосердя, гуманізму. Тому, не випадково деонтологією називали професійну етику медиків (етичні норми виконання медичними працівниками своїх професійних обов'язків).

Проте це не зовсім вірно, бо деонтологія на відміну від етики не пропонує людині готові норми, вона спонукає її (людину) сформувати власну норму, індивідуальну для кожної ситуації. Це норма для однієї людини в конкретній ситуації. Інша людина потрапляючи в подібну ситуацію формує для себе власну, свою норму. Відтак деонтологія постає як творець внутрішнього імперативу службового обов'язку. Імператив який сформувала людина сама для себе під впливом соціальних норм в конкретній ситуації за велінням душі, волі і розуму.

Таке розуміння деонтології є вкрай актуальним і набуває особливого значення з огляду на глобалізаційні зміни в сучасному світі, що крім позитивних наслідків мають і негативні (особливо в антропосфері). Зміни в інформаційних та біологічних технологіях піднімають лаштунки над таємницею життя. Але позитивно впливаючи на економічний розвиток вони спричиняють кризові явища в спіріосфері. Тому в зв'язку з цим актуалізується питання не лише

екологічного ризику, але й етичного, духовного занепокоєння, викликано-го новими експериментальними технологіями в керуванні та маніпулюванні масовою та індивідуальною свідомістю тощо. Не лише людське тіло, а й дух (душа) потрапляє в сферу товарних відносин. Відбувається десакралізація особи, що призводить до численних змін в уявленнях про людину, яка вже починає розглядатися як механічна складова в галузі проектування, виробництва і застосування технологій інформації. А найважливіші проблеми сучасності постають як духовні, етичні, а весь арсенал науково-технічних засобів не в змозі їх вирішити.

Духовні недуги починають домінувати над фізіологічними людськими хворобами, детермінувати їх. Такі глобальні хвороби людства як СНІД, наркоманія, алкоголізм та ін. поширюються саме на ґрунті бездуховності. Без врахування цього чинника сучасний лікар не в змозі належно виконувати свій професійний обов'язок. У цьому мабуть і криється причина багатьох лікарських помилок, втрачених людських доль і життів. Але ж лікар не має права на помилку. В своїй діяльності він має керуватися гаслом – «не нашкодь». Інколи, людина, шукаючи порятунку – знаходить його в релігії. А процес релігійної трансценденції може супроводжуватися специфічними енергетичними процесами, наслідком яких є переструктуризація особистісних компонентів з своєрідним переродженням особистості коли людина відчуває «народження заново», яке розцінюється нею як «народження згори» (безсилі люди набувають нових сил, невдахи досягають успіху, хворі виліковуються). Саме в цьому проявляється деонтологічний зміст віри й терапевтична функція релігії.

Всі ті речі, які раніше заповнювали життя людини, вже не належать їй. Вони поринули в небуття. Інша сила керує нею (людиною), спрямовує і веде її. Особисте життя докорінно змінюється, можна сказати повертається в протилежному напрямку. Стара людина «помирає» і «народжується» оновлена, що відчуває єдність з Богом і шукає нового життя, знаходить внутрішній резерв й долає алкоголізм, наркоманію, психічні розлади, розлучення, невдалі кар'єри тощо. Полюбивши в особі Бога Людину взагалі, індивід компенсує внутрішній розлад.

В цьому контексті, варто нагадати, що ще в епоху відродження відомий лікар та хімік Теофраст Бомбаст фон Гогенгейм знаний як Парацельс наголошував, що найважливіша основа ліків – це любов, а сила лікаря в його серці. Деонтологія дає можливість людині проявити, актуалізувати її сутнісні якості, що відрізняють її від усіх інших феноменів, а саме: здатність до праці, наявність свідомості, моралі, тощо. Детермінантами реалізації людиною своїх сутнісних якостей в процесі певного виду діяльності постають життєві сенси, цінності, смисли такі як віра, надія, любов, що зростають на ґрунті певних емоційно-почуттєвих станів. Віра, надія, любов – це і є той місток, що поєднує лікаря і пацієнта. А взаємозв'язок релігії і медицини у деонтологічних вимірах може забезпечити належне формування професійної, особистої, інформаційної, психологічної, моральної та інших складових загальної культури медика та стане надійною перешкодою професійним деформаціям медичних працівників, буде наріжним каменем творення нової філософії медицини в складних, суперечливих і непередбачуваних умовах глобалізованого суспільства.

ЗАКОН МОРАЛЬНИЙ І ЗАКОН ЦИВІЛЬНИЙ

*Бо право повернеться до правди
і всі щирі серцем стоятимуть за нею
(Пс.94, 15)*

Якими є цінності – такою є мораль, таким є суспільство, такою є особистість людини. Українське суспільство сьогодні інтенсивно трансформується, попри нестабільність, дезорієнтацію і дезінтеграцію особистості. Все це знаходить вираз у процесі переоцінки цінностей. Розв'язання цієї проблеми, на наш погляд, полягає в інтеграції християнських цінностей в наше суспільство. Право, як головний регулятор суспільних відносин, має створити всі умови для цього.

Людська особистість реалізується у своїй цілісності, розумності, свободі і відповідальності, етичності та основному праві на життя.

Свобода не має бути абсолютом людської поведінки. Вона має йти в парі з правдою і відповідальністю. Добре, якщо законодавство, як у деяких країнах, ґрунтується на біблійних доктринах. Має бути цензура, узгоджена з мораллю. Творець Неба і Землі сказав: “Не вбий”, “Не кради”, “Не чини перелюбу”.

Свобода без рамок відповідальності і милосердя набуває ознак найгіршого терору, жертвами якого передусім стають найуразливіші категорії людей: від ембріона, що опинився під загрозою абортів, до невиліковно хворого старця, стосовно якого приймають рішення про евтаназію. Така свобода (що насправді є свавіллям) стає причиною знищення людини як особистості і навіть цілих народів, повсякденність яких регулюється часто законодавством, котре попри свою декларативну оформленість докорінно суперечить пошані гідності людини. У такому суспільстві інформаційний простір формує хибну життєву позицію: людина вважає свободою вседозволеність, але свідомо уникає відповіді на запитання, чи це добре.

Фундаментальні цінності особи мають бути захищені не лише морально, а й юридично: йдеться про людські цінності, з приводу яких міжнародні трибунали і національні конституції повинні зайняти чітку позицію. Тут виникає проблема між етикою і правом, між моральним і цивільним законом [3, с. 675–691].

Одвічна філософська дискусія про відносини між цивільним законом і законом моральним сьогодні є важливим викликом для демократичного суспільства.

Ще св. Тома Аквінський наголошував на тому, що аж ніяк не вся сфера моралі може бути оповита правом. Закон, втім, не може обґрунтовувати мораль, у ліпшому разі, він може визнати її вимоги. Тому не слід прагнути

етичної держави, яка б вирішувала, що є добро і що — зло. Однак фундаментальні цінності, необхідні для гарантування загального блага, мають бути захищені також законом. І тому, якщо закон не захищає благо, необхідне для спільного проживання людей і загального добробуту (як, скажімо, закони, що допускають аборт), цей закон не є законом, а отже, можливою є відмова від його виконання за велінням совісті, і закон потрібно змінити.

Фундаментальне право життя поодинокого живого створіння, яке вже народилось чи має з'явитися на світ, сім'я, необхідна медична допомога є основними етичними реквізитами, тому що служать захисту загального блага. Це не якийсь "етичний мінімум", бо йдеться аж ніяк не про малі речі, а про загальне благо, яке потрібно захищати в інтересах усіх.

У сучасному плюралістичному суспільстві з огляду на цілу низку причин, а особливо внаслідок виникнення біоетичного мислення і поставлених ним проблем, що торкаються сфери закону, чимраз очевиднішою стає необхідність прояснення аксіологічних основ права для того, щоб зробити більш визначеними і явними невід'ємні права людини, які санкціоновані законом, повинні спрямувати поведінку людини у випадку морального вибору, до якого залучені науки про життя і здоров'я.

У панівній культурі розщеплення бінома "істина–свобода", як це не парадоксально, чимраз утруднює ефективний захист людського життя державними структурами і сприяє появі витончених форм тиранії, за яких купка людей може вирішувати долю багатьох інших.

Минуло вже не так мало часу відтоді, як закони про штучний аборт, чинні у багатьох західних країнах, по-суті, перетворили поняття "злочин" у "право", яке узаконює зловживання владою сильніших стосовно життя слабших і невинних [5, п. 11].

Ця заплутана юридична ситуація, при якій цінність людського життя піднімається й опускається по шкалі цінностей, наче якийсь суб'єктивний інтерес, є наслідком етичного релятивізму і юридичного позитивізму, що перетворили теорію розрізнення права і моралі на теорію радикального поділу цих двох понять [7, с. 30].

У сучасних юридичних дискусіях часто можна почути про аморальність права. Урешті-решт, така думка призводить до концепції права, яка відтінає від себе будь-який критерій справедливості і загального блага [6, с. 32].

Дедалі більше авторів пропонують теорії етичного мінімуму, що залишають простір для моралі, але лише в тих межах, у яких мораль визнає абсолютний примат права і які спираються на моделі юридичних принципів, визнаних і санкціонованих міжнародними деклараціями прав людини. Там, де цього немає, мораль обмежується уявою окремих індивідів, без будь-якого юридичного "забезпечення" на колективному рівні [4, с. 230].

Згідно з цією доктриною, право має залежати не від істини, а радше від акту нормативної волі того, хто при владі (юридичний позитивізм) [6, с. 33].

Наслідки такої постанови суттєво впливають як на юридичну, так і на політичну систему. Справді, з одного боку, з права викидається його власний етичний зміст, і замість того, щоби вести до пошуку істини для досягнення загального блага, воно зводиться до простого процедурного механізму

пошуку згоди. З іншого боку, демократична система, яка в ідеалі має бути дієвим “механізмом” захисту прав кожного індивіда на будь-якій стадії і за будь-яких умов його існування, стає “метою”, яка служить для збереження інтересів більшості.

По суті сучасне поняття демократії має характеризуватися не так своїми формальними механізмами, що було властиве моделі демократії минулого століття, як особливою пошаною індивідуальних прав і захистом гідності людської особи [1, с. 46]. Саме така демократія може називатися правовою державою, у якій сама правляча влада обмежена законами, що спрямовані на захист індивіда, санкціоновані основними принципами конституції, якими не може маніпулювати навіть більшість тих, що є при владі.

Справжня демократія субстанційна [3, с. 406], і її цінність зростає чи зменшується разом з цінностями, які вона втілює і розвиває. Фундаментальними і невід’ємними цінностями в даному разі є гідність кожної особи, пошана її невідчужуваних і неприменшуваних прав, а також визнання загального блага як мети і регулюючого критерію політичного життя. Тому для розвитку суспільства і здорової демократії необхідне нове осмислення людських і моральних цінностей, екзистенціальних і природних, що впливають з самого життя людської істоти та виражають і захищають гідність людської особи, — цінностей, які з огляду на це жоден індивід, жодна більшість і жодна держава не можуть ані створити, ані змінити чи зруйнувати, але повинні лише визнавати, поважати і розвивати.

Вже досить давно в юридичному світі відчувається потреба в поясненні етико-аксіологічного аспекту права і в дослідженні не так його джерел, як його основ шляхом повернення до тих об’єктивних і універсальних цінностей, які нормативно підтримують його і ґрунтуються на онтологічній структурі людини як особи [2, с. 194].

Таким чином, конституції покликані захищати фундаментальні права особи, які необхідні для гарантування упорядкованого спільного проживання громадян і для самої можливості існування їх соціального життя. Тому той конституційний мінімум має бути закріплений у конституції кожної держави, бо він є необхідним елементом самого існування будь-якого людського суспільства.

Тому від законодавця вимагається не створювати наново, а радше осмислювати потреби людини, що живе в суспільстві, в пошуках не так згоди, як того об’єктивного морального закону, що “вписаний в серце кожної людини і є нормативною точкою відліку самого цивільного закону” [5, п. 70].

Лише на основі таких передумов право може знову віднайти свою істинну функцію, захищену від небезпек етичного релятивізму, який в історії дуже часто служив для виправдання свавілля політичних влад і поєднував справедливість і свободу з авторитаризмом і зловживанням, особливо стосовно найслабших. Тому енцикліка “*Evangelium Vitae*” (“Євангеліє життя”) папи Івана Павла II відкрито закликає законодавців поважати “істину права” і звертається до них із закликком сказати мужнє “ні” будь-якому насиллю над людським життям і будь-якому свавіллю стосовно нього.

Література:

1. Blazques N. Bioética fundamental / N. Blazques. — Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 1996. — 646 p.
2. Cotta S. Il diritto nell'esistenza. Linee di ontofenomenologia giuridica / S. Cotta. — [2 ed.]. — Milano: Giuffrè, 1991. — 312 p.
3. D'Agostino F. Bioetica e diritto / F. D'Agostino // *Medicina e Morale*. — Roma: UCSC Facoltà di Medicina e Chirurgia A. Gemelli, 1993. — № 4. — P. 675–691.
4. D'Agostino F. L'approccio morale al diritto / F. D'Agostino // *Scritti in onore di Angelo Falzea*. — Milano: Giuffrè, 1991. — V. I. — P. 219–242.
5. Giovanni Paolo II. Lettera Enciclica Evangelium Vitae, 25 marzo 1995 / Giovanni Paolo II. — Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 1995. — 192 p.
6. Kelsen H. La dottrina pura del diritto / H. Kelsen, M. Losano. — Torino: Giulio Einaudi Editore, 1966. — 420 p.
7. Ross D. The right and the good / D. Ross. — Oxford: Oxford University Press, 2002. — 183 p.

Ступак Ф. Я.,
НМУ Імені О. О. Богомольця,
sblagodi@gmail.com

ДОБРОДІЙНІ ГРОМАДИ КИЄВА ЗА ВІРОСПОВІДНОЮ ОЗНАКОЮ

Різноманітну палітру громадського життя Києва другої половини ХІХ - початку ХХ ст. характеризує мережа різних національних і віросповідних громад і створених ними добродійних союзів. Вони підтримували й надавали медичну допомогу іноземним громадянам і підданам Російської імперії залежно від національності і віросповідання.

У Києві в зазначений час діяла розгалужена система єврейських благодійних інституцій. Деякі громади за статутом обмежували свою діяльність лише наданням медичної допомоги дорослим і дітям. До таких добродійних об'єднань належить: Київське відділення Товариства охорони здоров'я єврейського населення; Товариство подання допомоги бідним євреям, хворим на сухоти; Товариство безплатних літніх колоній для хворобливих дітей неіміщого єврейського населення (мало санаторій у Пущі-Водиці). Останню спілку можна віднести і до вищевказаної групи, й до іншої, яка зосереджувала свою діяльність на допомозі дітям. До цієї групи належить також Товариство опіки дітей бідного єврейського населення, Товариство "Київський сирітський будинок імені М.Б і С.І. Гальперіних" (богадільня і сирітський будинок).

Широку область застосування сил місцевих благодійників репрезентувала допомога бідним і хворим у всіляких видах. На благодійні внески у Києві виникла одна з найбільших в Україні єврейських лікарень. Перш за все кошти дала родина Бродських, яка не обмежилася основним

внеском, а протягом багатьох років удосконалювала й розширювала лікарню. Внесок у розвиток лікарні зробили також: М. Закс, М. Гальперін, Б.А. Куперник та інші.

Безплатна хірургічна лікарня Зайцева своїм іменем зобов'язана Іоні Маркусовичу Зайцеву, справу якого гідно продовжив його син Маркус Іонович Зайцев. Протягом 25 років лікарнею керував її перший головний лікар Григорій Борисович Биховський.

Надаючи у своїй діяльності належне місце громадському елементу, діючи завжди відкрито і під контролем громадської думки, поліпшуючи старі методи і форми благодійності і запроваджуючи нові, добродійні товариства залучали до себе активну частину місцевої інтелігенції та всі наявні платіжні сили. Інтелігентна частина спільноти не без підстав бачила у широкій програмі цих благодійних організацій можливість значнішого і глибшого впливу на економічне становище незаможних євреїв.

Вагоме місце посідала група спілок євангелічно-лютеранського (протестанського) спрямування: Євангелічне благодійне товариство, Товариство Євангелічно-лютеранської лікарні, Євангелічне жіноче товариство, Благодійне товариство євангелічної парафії.

Євангелічно-лютеранська громада існувала у Києві з 1767 р.. Серед благодіянь громади було розміщення бідних хворих відповідного віросповідання у лікарні, оплата навчання дітей, фінансова підтримка в оплаті квартир, одягу. У 1882 р. по вулиці Анненківській (Лютеранська, 22) відкрився будинок бідних, який підпорядковувався раді лютеранської церкви. У цей заклад, розрахований на 40 місць, приймали малолітніх сиріт, непрацевдатних місцевих мешканців, ромадян усіх станів протестантського віросповідання, які належали до лютеранської парафії м. Києва. Тут вони перебували на безплатному повному утриманні, їм надавали приміщення, харчі та одяг. Заклад існував на кошти добровільних пожертвувань парафіян, своїх капіталів не мав. Двоповерховий кам'яний будинок вважався нерухомим майном громади.

Однією з чисельних громад, які діяли в Києві в другій половині XIX-початку XX ст., було Київське Слов'янське благодійне товариство, засноване у 1877 р. Як зазначалось в одному зі звітів, члени спілки в своїй діяльності прагнули завжди залежно від можливостей відгукнутися на кожен поклик про допомогу. Метою союзу було надання допомоги особам слов'янського походження грошима, речами, книгами, фінансова підтримка молоді для здобуття освіти, в тому числі й за кордоном, працевлаштування імігрантів, а також допомога церквам і школам. Іншими словами, діяльність цього формування мала два спрямування: матеріальна підтримка нужденних слов'ян і досягнення культурних цілей і задач. Капітал товариства базувався на членських внесках, карнавоковому зборі, процентах з цінних паперів та вкладів, пожертвуваннях.

Свою мережу товариств мала в Києві польська громада: Польське товариство літніх дитячих колоній; Польське медичне товариство; Товариство допомоги студентам-полякам; Польський жіночий гурток. У 1906 р. в Києві нараховувалося близько 100 лікарів-поляків, а в 1916 р. тут було створено

Польське медичне товариство.

Досить чисельним було Київське Римсько-католицьке товариство, яке виникло у 1903 р. На 1 січня 1916 р. воно нараховувало 8 почесних членів, 335 дійсних членів і 3 членів-змагальників. Структура об'єднання включала бюро праці, притулок для літніх жінок, притулок для літніх чоловіків, притулок св. Ядвиги, будинок праці св. Вацлава з гуртожитком, чотири дитячі їдальні, а згодом притулки. Усі ці заклади вимагали значних видатків. Крім їх утримання, філантропічне об'єднання спрямовувало свою діяльність на лікування ослаблених дітей, на що в 1915 р. витратили 10 тис. руб., на забезпечення ліками та одягом нужденних одновірців, на медичну допомогу, щомісячну та одноразову грошову допомогу, навчання дітей ремеслам, оплату за навчання, підтримку постраждалим від війни.

У діяльності громади особливе значення надавалося питанням медичної допомоги, самовідданій праці лікарів, фармацевтів. Правління товариства висловило глибоку вдячність "лікарям, які самовіддано жертвували свою працю і час на лікування хворих, опікуваних Товариством", "аптекарям, які люб'язно відпускали для цих хворих ліки безкоштовно або за нижчою ціною".

Репрезентантом добродійної медицини даної групи філантропічних союзів слід назвати Товариство римсько-католицької лікарні імені С. Сирочинського.

Така широка мережа добродійних структур окресленого спрямування пояснюється, переважно, певними історичними передумовами, а також, на наш погляд, перебуванням у Києві іноземних консульств.

На початку ХХ століття у Києві знаходилися такі консульства: австро-угорське, бельгійське, болгарське, британське, німецьке, грецьке, датське, іспанське, італійське, норвезьке, персидське, португальське, французьке, шведське, швейцарське.

Діяльність добродійних громад за національною і віросповідною ознакою заповнила важливу нішу в благодійній та медико-соціальній діяльності у тогочасному Києві.

Мойсеєнко В. О., Шостка І. П., Тарченко Н. В.,
НМУ імені О.О. Богомольця,
Міжнародна академія екології та медицини,
moysyenko_vo@ukr.net

ІСТОРІЯ БЛАГОДІЙНИЦТВА ЗАСНОВНИЦІ СВЯТО- ПОКРОВСЬКОГО ЖІНОЧОГО МОНАСТІРЯ ВЕЛИКОЇ КНЯГИНИ ОЛЕКСАНДРИ ПЕТРІВНИ РОМАНОВОЇ

В історії благодійництва нашого міста особливу роль посідає діяльність Великої Княгині з роду Романових – Олександри Петрівни Романової, яка заснувала в Києві Свято-Покровський жіночий монастир [1-12]. Все своє життя ця жінка присвятила піклуванню про здоров'я наших земляків-українців. Саме в Покровському монастирі завдяки її піклуванню з'явилось

медичне містечко. Олександра Петрівна народилася 2 травня 1838р. в сім'ї принца Ольденбурзького. За своїм народженням вона була лютеранкою. При хрещенні їй за традицією дали кілька імен – Олександра, Фредеріка, Вільгельміна. Її батьки – батько принц Петро Георгійович Ольденбурзький і мати принцеса Терезія Ольденбурзька, були відомі своєю благодійною діяльністю, впродовж 20 років очолювали благодійне відомство імператриці Марії. Зовсім маленькою дівчинкою вона спостерігала за тим, як з ініціативи її матері створювалася Свято-Троїцька громада сестер милосердя. Батько Олександри був найбільшим петербурзьким благодійником. Заснував цілу низку установ охорони здоров'я і народної освіти та опікувався ними. Він заснував кращу в Європі дитячу лікарню.

У 1881 році княгиня приймає рішення покинути Санкт-Петербург і оселитися в Києві. Побожна і милосердна паралізована жінка, пересуваючись тільки в інвалідному візку, задумала заснувати в Києві чернечу обитель («живого чернецтва») з благодійними закладами. Її жителями мали стати жінки, охочі присвятити себе Богові і допомагати хворим. В 1888 році вона придбала для майбутньої обители ділянку на Лук'янівці загальною площею 6 десятин (близько 6,6 га), що належала купцям Диковським. Олександра Петрівна за 50 000 рублів купила дві ділянки землі. Ще одна ділянка їй дісталася безкоштовно.

У Державному архіві м. Києва ми знайшли документи, які свідчать про участь у торгах попечителів жіночого монастиря на придбання земельної ділянки для будівництва лікарні, амбулаторії та школи. Це був складний та тривалий процес, що тягнувся з 1887 аж по 1897роки. Бажаючих придбати ласу ділянку землі (по Діонісієвському провулку, що знаходився на Лук'янівці, розміром 4530 кв. сажнів) було багато. Але врешті-решт її було передано безоплатно саме Великій княгині Олександрі Петрівні для розбудови жіночої обители. Єдиною умовою такого рішення було збереження на землі школи, лікарні та амбулаторії.

При монастирі поступово склалася ціла система благодійних закладів. А саме - жіноча лікарня з відділенням для дітей, притулок для невиліковних хворих жінок, дитячий притулок з училищем для дівчаток-сиріт, лікарня для приходящих хворих, відділення для заразних хворих, притулок для вдів, які бажають жити при монастирі, не приймаючи монашества, притулок для сліпих та інвалідів. Обов'язки сестер милосердя в цьому монастирі виконували черниці і послушниці. Всі лікували безкоштовно. Олександра Петрівна була суворою постницею, жила в простій келії, великій княгині навіть доводилося продавати свої великокнязівські коштовності, вкладаючи гроші у будівництво та обладнання лікарні. Вона згадувала: «Ця будівля – мої сережки, тут – моє намисто, а сюди пішли всі мої каблучки». Будучи настоятелькою, княгиня керувала всім господарством. Сини Олександри Петрівни та родичі - Романови підтримували морально і фінансово її подвижницьку діяльність і неодноразово відвідували Київський Свято-Покровський монастир. Після переїзду 1-го липня 1889 року до заснованого нею монастиря княгиня відчула себе набагато краще, та, дивним чином, невдовзі зцілилася. А монастир та лікарня продовжували розвиватися своїм чином. Не залишив без уваги свою

незвичайну родичку і Микола II, який відвідав з дружиною «тітку Сашу» в 1896 р. Він пожертвував на розширення лікарні велику суму і розпорядився відпускати з казни щорічно 80 тис. руб. на утримання монастиря. Під час цих відвідин царським подружжям був закладений соборний храм в ім'я святителя Миколая, ескізний проект якого підготував Петро Миколайович, молодший син Олександри Петрівни. Завдяки цьому, Велика Княгиня влаштувала лікарняну церкву так, «...щоб, болящі перебували б у таких же щасливих умовах, як і я, і мали можливість, лежачи на ліжках слухати і втішатися богослужінням». Обладнання в Покровській лікарні було найсучаснішим. Тут, наприклад, був єдиний в Києві «кабінет для зняття фотографій променями Рентгена, який слугував не тільки для цієї, а й для інших київських лікарень». Відомий варшавський професор М. Зенц, який відвідав Покровську лікарню в 1898 р., зазначав: в медичних кабінетах «чистота, світло, повітря, і, якщо завгодно, розкіш не залишають бажати нічого кращого». Подібне зустрічалося лише «в деяких лікарнях Берліна і нових клініках Москви». Лікарня носила ім'я імператора Миколи II. У 1897 році Велика княгиня попередила епідемію тифу в Києві, організувавши кілька спеціалізованих лікарень. Головним лікарем був Микола Вікторович Соломка – близький помічник Княгині. Матінка цінила розум, душевне тепло лікаря: «Любов до стражденного людства – його девіз», – писала Велика Княгиня. Предметом головної турботи Олександри Петрівни була зразкова лікарня, так необхідна місту Києву і всій губернії. Заклад, під невиспним доглядом Княгині Олександри, розширювався та розвивався.

Олександра Петрівна виконувала обов'язки асистента хірурга на операціях, чергувала біля ліжка важко хворих і вмираючих. Вона згадувала, як в молоді роки мала нагоду працювати з професором Боткіним і навіть брала участь у проведенні наркозу хлороформом. Олександра Петрівна виконувала обов'язки асистента хірурга на операціях, чергувала біля ліжка важко хворих і вмираючих. Вона згадувала, як в молоді роки мала нагоду працювати з професором Боткіним і навіть брала участь у проведенні наркозу хлороформом.

Прості люди, а особливо діти цінили ласкавість та доброту Княгині, вірили в допомогу, яку надавала вона, та навіть бажали приймати ліки тільки з її рук. Маленьких дітей княгиня брала до себе в келію і стежила за тим, щоб оперована дитина не пошкодила пов'язки. Вона слідувала за харчуванням хворих, супроводжувала їх на огляди, стежила за санітарним станом приміщень. Вечорами сама проводила обходи хворих і до ранку готувала звіти лікарям про їх стан. Вона записувала в особливий зошит всіх новоприбулих, хворих, що виписалися і померлих, молилася за них.

Матінка любила чергувати в нічні години. Рідко лягала спати, не допомігши перед тим важко хворим (рис. 1,2) [10]. Подушкою не користувалася, – ліжком їй слугували кушетка, обтягнута шкірою, і паперова ковдра. Олександра Петрівна нерідко любила повторювати: «Треба вміти жити, носити в собі щастя, робити інших бути щасливими...».

Крім лікарні, на території монастиря діяли школа для дівчаток, притулок для сліпих, численні майстерні. Завдяки турботам великої княгині був створений капітал, на доходи від якого утримувалися 23 притулки на 5000 сиріт.

До 1894 року, коли її стан здоров'я став погіршуватися і їй самій потрібна була операція, вона була присутня на всіх монастирських службах.

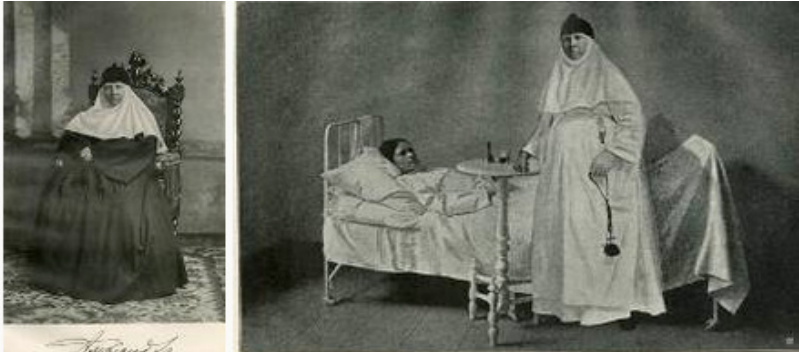


Рис.1, 2. Княгиня Олександра Петрівна біля ліжка хворої та в келії.

Під час лікування за кордоном велика княгиня писала в листі до старшої медичної сестри монастирської лікарні: «Все близьке моему серцю, дихання моїх дорогих хворих для мене цікаво. Радію, що наша скромна лікарня оживає і надає чимале полегшення стражденим. Спаси, Господи, лікарів і службовців за їхню працю...». Сьогодні у богадільні, побудованій Олександрою Петрівною, доживають свого віку жінки похилого віку. 17 грудня 1889 був освячений головний престол Покровського храму, 28 січня 1890 р. – будинкова лікарняна церква в ім'я преподобного Агапіта Печерського. Поза монастирською огорожею невдовзі побудували готель при обителі. В 1895-1896 рр. поруч звели нову аптеку для безкоштовного відпуску ліків, в якій знаходилися провізорські приміщення. Кожного дня до 500 хворих могли отримати ліки. Ця будівля аптеки збереглася донині.

У 1896-1911 рр. на території монастиря звели собор святого Миколая, – унікальний витвір будівельного мистецтва, який і сьогодні залишається найбільшим храмом Києва.

Велика княгиня Олександра Петрівна жила лікарнею, жила в лікарні, працювала в лікарні і померла в ній. Сталося це на третій день Святої Пасхи 13 квітня 1900 року в 1:00 20 хв. ночі з 12 на 13 квітня. До речі, вона померла в той самий час, що і її чоловік, тільки на 9 років пізніше. Після смерті чоловіка 13 квітня 1891 року, з яким шлюб формально не був розірваним, вона таємно прийняла чернечий постриг з ім'ям Анастасія.

На момент смерті їй виповнилося 62 р. Перед кончиною до неї в Київ приїхали сини і були з нею останні дні її життя. Поховали Велику Княгиню в саду монастиря, поруч із Покровською церквою (рис.13) на монастирському кладовищі. В заповіті Олександри Петрівни від 11 березня 1889 року йшлося: «Смирено прошу вседержавного Отця і Благодійника мого дозволити поховати моє тіло на східній стороні храму Пресвятої Богородиці в моїй обителі в м. Києві під відкритим небом, не роблячи у землі ніякого пристосування, в

простій сосновій труні ... Прошу відспівувати мене без усякої мирської слави, суетності і без всяких вінків і квітів. При похованні і взагалі після моєї кончини прошу іменувати мене рабою Божою Олександрою чи іншим ім'ям, якщо я коли-небудь сподоблюся чернечого постригу. Над могилою прошу поставити вельми невеликий і найдешевший кам'яний хрест, в якому буде вправлена ікона Цариці Небесної, отримана мною на Св. горі Афонській, роботи ієродиякона Лукіана, - з написом: тут спочиває прах раби Божої Олександри ... ». Вдячні кияни приносять на могилу княгині живі квіти, на кам'яному хресті – скромний підпис: «Черниця Анастасія», як нагадування всім нам: земне життя швидкоплинне, а добрі справи – вічні.

Література:

1. Артемов Владислав. Дом Романовых. – Олма Медиа Групп, 2014. – 50 с.
2. Жадько В. О. Український некрополь. – Київ, 2005. – 342 с.
3. Зноско В. Христа ради юродивый иеросхимонах Феофил, подвижник и прозорливец Киево-Печерской Лавры (с историческими комментариями). Репринтное изд. 1906 г. – К.: 2001. - С. 46-48.
4. Київ: Енциклопедичний довідник / За редакцією А. В. Кудрицького. – К.: Головна редакція Української Радянської Енциклопедії, 1981. – 736 с.
5. Монастири и храмы Киева. Справочник-путеводитель, составитель Александр Кандинский. – Киев, 2009. – 50 с.
6. Преподобная великая княгиня Анастасия Киевская. Жизнеописание основательницы Киево-Покровского женского монастыря. - К.: Покровский монастырь, 2010. - 127 с.
7. «Великая Княгиня» / [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://blagovestie.dn.ua/video/velikaya-knyaginya-rezhisser-t-malova-rossiya-2013> (заглавие с экрана)
8. «Ближче до Бога» / [Електронний ресурс] – Режим доступу: www.blyzhchedoboga.com.ua (заголовок з екрану)
9. «Екатерина Гавриловна Числова» / [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://cyclowiki.org/wiki/Екатерина-Гавриловна_Числова (заглавие с экрана)
10. Фото княгини ліворуч поруч біля ліжка. Див.: https://vk.com/photo-6342736_276698413
11. Протоиерей Максим Бойко. Киевский Свято-Покровский женский монастырь: очерк истории / [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.hram-feodosy.kiev.ua/article/4/19/493/1> (заглавие с экрана), Покровский монастырь / [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki/> (заглавие с экрана).
12. Обитель Великой Княгини / [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.dsnews.ua/economics/obitel-velikoynyagini-13102013140000> (заглавие с экрана).

ФИЛОСОФСВАНЕТО КАТО ЛЕКАРСТВО (Самолечение на душите чрез философия)

Много хора у нас днес са така объркани, че в главите им цари същински хаос, пълна бъркотия и усещане за безперспективност. Това го констатирам не само в разговорите с такива хора във всекидневния живот, не само по горчивите думи, които долитат до ушите ми в автобуса, в магазина или на опашките за парното, но и по това, което чета във вестници, което слушам по радиа и по телевизии, но и особено от това, което чета във интернетните форуми. Един изцяло объркан човек, който не знае вече на какво да вярва и какво да мисли и който затова така мъчително живее с необуздания порой от гадни мисли в главата си, е изключително страдащ човек, е човек, на когото може и трябва да помагаме. С такива хора трябва да се разговаря най-просто, разбрано и човешки. Това обаче не го правят нито медиите (които шумят по безкрайно досаден начин за някакви ефимерни, фалшиви и уж скандални “фейк-новини” и публикуват някакви нагли, гаднярски “коментари”, с които се издевателстват над нас!), нито пък политиците, нашите “довереници”, изпълнени с отвратително високомерие към нас самите, нито пък някой друг. А наистина може и трябва да се разговаря най-човешки с обърканите, с незнаещите какво да мислят хора и така по особен начин да им се помага. Смятам, че в тази насока философията (и психологията) са незаменими.

Как помага философията ли?

Тя неслучайно съществува от векове. Избуялите в главите на “обикновения човек” горчиви мисли трябва да бъдат подредени, защото те – ако това не стане – съдържат в себе си една ужасна разрушителна енергия. Обърканият, невярващ вече и в собствените си сили човек, който се е отказал от потребността да разбира сам, е лесна жертва за манипулаторите, за днешните, както ги наричаме, “популисти”. Те затова са така много днес и затова са така нагли: надушили са, подобно на лешоядите, че жертвите са много и че са съвсем лесни за грабване и поглъщане. Днешните манипулатори усърдно казват на объркания човек какво да мисли – и той като удавник се хваща за подхвърлената сламка.

Обезвереният човек е податлив на какви ли не “нови вери” и на какви ли не утопии. Ето затова днес така пошло се експлоатира най-вече “националната идея”: тъй като тя съдържа в себе си огромен заряд от лесни за схващане и уж “грандиозни” и “величави” бързосмилаеми мисли.

Във времена като нашето са се появили и утвърдили най-човеконенавистническите доктрини – тези на комунизма и национал-социализма (фашизма). Днес същите доктрини, независимо от историческия си провал, печелят привърженици, което е печално – и много страшно. На тях трябва да се противодейства по всякакъв начин. Един такъв начин е проясняването на

най-сложните въпроси на съвременността със средствата на философията – тя има ресурса да направи това.

Ето защо всеки ден поставям (по достъпните ми начини, в интернет, в блога ми, във водените от мен телевизионни предавания) най-различни теми – философски, психологически, нравствени, политически даже, без никакви ограничения на проблематиката. Надявам се, че статиите, които публикувам, все пак предразполагат читателя към сериозен и по-задълбочен размисъл върху най-острите съвременни, но най-вече **човешки** (морални, духовни) проблеми. Ще се радвам ако моите размисли му помагат не само да се ориентира, да вникне със свои сили (и с моето насърчение) в ставащото, но и да почувства един своеобразен **освобождаващ**, а значи и терапевтичен ефект. Един вид, казано съвсем просто и разбираемо, смисълът е на такъв объркан човек да започне да му става по-леко на душата благодарение на тази философска медитация, в която се мъча да го въвека. Този тип терапия чрез философия, размисли и съвсем свободни дискусии съществува вече в САЩ и там това е нещо най-модерно; макар че то си е съществувало от векове в заниманията с философия.

Ако направим така, че философията да стане по-близка на човека, то това ще има мощен **оздравителен** ефект не само върху неговия душевен живот, но и върху обществото като цяло. Защото само чрез разпространението на едни **жизнеспособни идеи** и на едно наистина здраво съзнание, което се бори да преодолява хаоса и да намира удовлетворение от своята способност да разбира, може да се помогне на объркания и обезверен наш съвременник. Друг начин няма.

Този най-общо казано е замисълът. Но дали това не е една утопия?

Обикновено мнозинството няма търпението да се задълбочи и да прочете докрай една или друга философска, по-задълбочена статия. Ние сме отвикнали от четенето, от полагането на умствени усилия, от трепета самостоятелно да вникваш и със свои сили да разбираш сам, да откриваш значим за себе си смисъл. Предпочитаме “сдъвканата каша”, която услужливо ни предлагат амбулантните политически чалгаджии и търговците на съвест, а също така и медиите, които като че ли целят само да ни объркват още повече и да насаждат нови и нови разочарования и една коварна апатия. Това е естествено, особено след като пък на “пазара” се подхвърлят толкова лесни за схващане и съвсем “нетрудоемки”, направо готови за консумация, за поглъщане мисли.

Но първото условие на философията – и на човешкия живот изобщо – е свободата. Не е лесно да се живее с нея; без свобода наистина много полесно се живее. Затова днес мнозина мечтаят за “силната ръка”, която щяла да ги оправя. Аз решително възразявам срещу една такава гибелна утопия: защото бяхме “оправяни” десетилетия наред от една толкова силна ръка, и какво се получи тогава?! Пълна отврат, трагедия, кошмари – затова сме и до днес така нещастни. А е вече крайно време да станем разумни хора – едва тогава ще заживеем нормално.

Срамота е да се излагаме така, да не мислим, да се държим като стадо, което блее за пастира си, непостиимо е да се увличаме по “булевардни моди”

от типа на простотиите на популистите – след като сме в семейството на европейските достойни народи.

Моите статии ще подтикват читателите да тръгнат по-уверено по трудните пътища на самостоятелното разбиране и на свободната мисъл. Те ще провокират читателя с понякога твърде “крайни” и дадени в “оголен” вид идеи именно за да се пробуди у него желанието самостоятелно **да разбира** и да търси своята ориентация в “драмата на живота”, която не трябва да допускаме да се превърне в трагедия.

Всичко тръгва от отделния човек. Затова трябва да се ориентираме към него и към неговата способност да схваща. Всеки сам трябва постигне истината, задоволителна за него самия – и само така може да внесе мир в душата си. Друг път няма.

В това се състои “самолечението” на душите чрез философия, към което ще се опитвам да подтиквам читателите си. Всеки сам, ако е загрижен за своя **душевен мир**, трябва да направи нещо, за да постигне оня **смисъл**, който може да задоволи неговата лична способност да схваща. Този смисъл не стои на улицата, подобно на загубена ценна монета, към която всички се юрват – и която в страхотна блъсканица се опитват да присвоят. Този единствен автентичен смисъл може да се **роди** само вътре, в собствената ти душа. Той не може да се “подари” някому, както уж щедро правят шмекерите-популисти, нито пък да бъде “присвоен”. Нашето богатство е в душите ни, в душата на всеки един поотделно.

Само ти самият можеш да го откриеш и да се възползваш от него. Одисеята на духа и мисълта трябва да я преживееш сам – и едва тогава ще можеш да се възползваш в пълна мяра от техните богатства. Друг начин няма.

А философията е само един най-мъдър, търпелив и смислен **помощник** в това най-трудно изкуство на самопознанието и разбирането, което ни е така необходимо в нашето преломно време. Синтезът на философия и психология е водеща нишка в моите анализи, които могат да бъдат наречени **екзистенциална психоанализа**. Такъв един синтез е най-плодотворен – защото под това последното се разбира именно самоотверженият опит да се схване животът в неговата цялост, в неговия най-пълноценен и удовлетворяващ душите ни смисъл.

Което наистина е най-важното: защото е предпоставка за разумното живеене и за задоволството ни от самия живот.

...

Един човек ме запита наскоро: “Драги, защо си губиш времето по форумите и в блога си? Защо пишеш тия статии, които едва ли някой чете? Вижда се, мислещ човек си, но недей да живееш с илюзията, че можеш да намериш подобни на теб самия в интернета. В интернета, както, навярно сам си се убедил, е пълна простотия, в него простотията е до шия! Пък и недей да нарушаваш библейското правило: не хвърляй бисери на свинете! Защото... И т.н.”. Ето такива думи ми каза този човек, което ме накара да се замисля по-сериозно. А иначе пък едва ли не всеки ден все някой ще се намери, който да

ме “захапел” ето с тия думи: “Вижте го пък тоя! Пише тъпите си статии, които никой не чете, само и само да се изтъква! И по вестници пише, и в интернетата слами пространството с глупостите си! Егати грандоманията, тоя пък за кой се мисли бе?! И т.н.”.

Наистина, защо пиша тези свои анализи, публицистични статии, есета, философски текстове, книги и пр.?

Няма да казвам, че съм загрижен за ставащото и затова си вадя очите пред монитора и ден, и нощ. Едва ли някой ще ми повярва и че – понеже съм **ангажиран човек** – се опитвам с каквото мога да повлияя на толкова неблагоприятната ситуация, в която живеем. Не мисля, че някой ще ме разбере ако кажа, че не го правя всичко това за “слава”, да не говорим пък за “пари”, понеже и една стотинка не получавам за статиите не само тук, по форуми, сайтове и пр., но и в печатните издания, които ме публикуват. Защото става все така, че пиша само за “непопулярни” вестници, които са все на ръба на фалита; те не могат да плащат на авторите си; а пък в богатите вестници, където плащат тлъсти хонорари, човек не само не може да се вреди от сърчно пиешци всеки ден особи като В.Велева, да речем, но и поради други причини: за тези вестници са съвсем “неприемливи” моите идеи и разбирания. “Тогава защо изобщо пишеш, глупако?” – ще се запита всеки “трезвомислещ”.

На жена си, която често ми задава този въпрос, отговарям така: “Защото това ми е работата, философ съм, и работата ми е да пиша!”. Тя много-много не хваща вяра на тези думи, но поне мълчи и “злорадо” се радва на... “непрактичността” ми. Но наистина смятам, че това ми е работата; също така сам успокоявам съвестта си (след като съм поставил семейството си в доста тежко положение), че все някой трябва да каже нещата, които аз казвам, и които минават в главата ми. И понеже, от друга страна, умея да правя това, да пиша и да казвам неща, които никой друг не казва, съм си изработил правилото: “Недей да мълчиш, това е недостойно!”, което частично успокоява личното ми безпокойство относно смислеността на това, което правя.

Но има нещо друго и още по-важно, на което по-надолу искам да обърна внимание. Става дума за това, че по свой си начин съм загрижен също и за това, което става в главите на хората, на моите съвременници.

Само ти самият можеш да го откриеш и да се възползваш от него. Одисеята на духа и мисълта трябва да я преживееш сам – и едва тогава ще можеш да се възползваш в пълна мяра от техните богатства. Друг начин няма.

Философското консултиране

Тия дни из медиите се обсъжда информация, че твърде много (най-много) от кандидат-студентите в СУ „Св. Климент Охридски“ искали да учат психология. Наистина това явление си заслужава да бъде обсъждано. То е преизпълнено със смисъл. Явно много млади хора вярно са преценили, че нацията е на път да психияса напълно, което пък рязко повдига потребността ни от квалифицирана психологическа и психотерапевтична помощ. До този момент с тази обществено важна задача – психическото здраве на

изстрадалата ни нация – самоотвержено се грижеха несметни легиони от ясновидки, врачки, гадателки, екстрасенси, оракули и какви ли не още. Грамадният интерес на младежта към психологията и психотерапията обозначава историческия ни преход към, да се надяваме, едни по-модерни, не толкова диви и варварски времена.

В тази връзка и аз искам да поразсъждавам и да кажа нещичко. Особено поради това, че не от вчера се занимавам с тия неща: моят Център за развитие на личността, носещ името **HUMANUS** беше една от първите организации у нас, които се захванаха професионално с психологично, с психоаналитично консултиране, с психотренинг, с различни курсове за решаване на различни психични проблеми на изтерзаната от толкова комунизъм личност у нас (психодрама, групова динамика и пр.). Вече 20 години скоро ще се навършат откакто ние станахме една от първите, ако не и най-първа птичка, възвестила настъпващата едва сега пролет на масовото психологическо консултиране и на психотерапията у нас. Много сме направили в сферата на модерното обучение по психология в българските училища, писали сме и сме издавали учебници и учебни помагала за ученици и студенти и пр. Така че е радващо настъпването, да се надяваме, на един същински ренесанс в интереса на родната ни човешка природопопулация към тия проблеми. Интересът към собствената личност по нашето дълбоко убеждение винаги трябва да е водещ – и случи ли се това в едно общество, осъзнае ли се тази първа потребност на живота ни, това общество вече е започнало да се приобщава към съвременната човешка цивилизация. Т.е. започнало е да се отърсва, да се освобождава от дивашкия стадий на човешкото развитие.

Понеже сме напредничави, движещи се все в авангарда и търсеци новото хора, от нашия Център сега решаваме да направим още една крачка напред. У нас тепърва все повече хора ще осъзнават, че решаването на собствените психични проблеми, търсенето на изход от тях, грижата към своята личност трябва да става не с ходене при врачки и гадателки, а с посещения на кабинета на психолога и психотерапевта. Съвременната психология обаче, въпреки несъмнения си напредък, не е панацея, тя не може да реши всички **човешки, екзистенциални и духовни проблеми**, тя е едно ниво, но съвсем не единственото, камо ли пък най-високото в грижата ни към собствената личност. Има още едно, значително по-висше и значително по-ефективно ниво – и това е **философското консултиране**. Това, което философското консултиране на личността може да ни даде, не може да ни го даде нито един друг тип консултиране. Има дълбини на смисъла, до които нито една психология не може да се добере, но философското консултиране може. За него нито един смисъл няма как да си остане скрит, недостъпен.

Моя милост (с написаните от мен учебници, учебни помагала и философски книги) постави основите на такова едно, непознато у нас, а и, кажи-речи по целия свят направление на съвременната психология:, а именно на **философската психология**. До този момент в психологията от края на 19-ти и през целия 20-ти век във всяко едно направление и школа е имало, така да се каже, направляващи и придаващи духа на съответната психологическа школа „философски зрънца“, примерно, в изследванията на Юнг

тия „зрънца“ придобиха водещо значение, ала същинска философска психология, особено в съвременни български условия, само аз успях да създам.

Нещо повече, аз поставих основите не само на **теоретичната философска психология**, но и сложих акцента върху **практическата философска психология**, сиреч, върху **философското психологическо консултиране**, или, накратко казано, върху философското консултиране на личността. Който се интересува от тия проблеми, моля, нека да се обърне към моите книги: няма нито една моя книга, в която тия аспекти да не са водещи. Понеже мое дълбоко убеждение е, че философията, пък и психологията не са за да служат на „чистата наука“ или на „чистата теория“, а за да служат на човека и най-вече на живота. От тази своя идея няма да се откажа никога.

Аз и преди години съм предлагал, включително и в този блог, да се позамислим върху предимствата и **ползите** на чисто философското консултиране. Да разговаряш не с психолог, а с философ за решаването на собствените ти душевни, личностни и екзистенциални, сиреч житейски проблеми е страхотно предимство, което изобщо и по никакъв начин не може да бъде надценено. Психологът, особено добрият психологически консултант или психотерапевт няма как да не признае, че огромната част от конкретните човешки и психологически проблеми, които му се налага да решава в сътрудничество с пациента, безспорно имат един по-дълбок и синтетичен човешки, сиреч, **философски смисъл**, който може да бъде постигнат единствено ако се стъпи на почвата на философията. Същото е и по отношение на другите науки, които имат най-висши философски нива, до които се издигат само най-проницателните учени.

Но ако това досега се е правило несъзнавано, дошло е времето вече да се прави осъзнато и целеустремено: неумолимо настъпва ерата на философското консултиране (индивидуално и групово). Има някои места по света, което това и сега се прави, примерно в Америка (интересно е, че и в Америка този подход е предложен най-напред от българин!), но ето, добре е да знаем, че най-напред в България сме започнали да работим още по-устремено в тази посока. Нашият Център за развитие на личността **HUMANUS** отново е водещ в тази посока.

Ако някой иска да бъде убеждаван специално в предимствата на философското консултиране, то това е предварително обречена работа: ако и за очевидни неща се налага да бъдем убеждавани то това, така да се каже, е твърде тъпо. Но ето, някои хора се влияят от доводи от подобен характер; ето например какво е казал един безспорно съвременен, отговарящ на търсеция дух на нашето време човек, именно Стив Джобс; ще приведа две негови мисли:

„Бих изтъргувал всички мои технологии за един следобед, прекаран със Сократ.“

„Когато бях на двайсет и три, струвах малко над милион долара, на двайсет и четири – над 10 млн., а на двайсет и пет – над 100 млн. долара, и това не беше важно за мен, защото никога не съм го правил за пари“.

А ето и как самият Ст.Джобс великолепно философства:

„Времето ви е ограничено, затова не го губете, живеейки живота на

някой друг. Не попадайте в капана на догмите, които се свеждат до това да живеете с резултатите от мисленето на други хора. Не позволявайте на шума от мнението на другите да заглуши вашия вътрешен глас. И най-вече, имайте куража да следвате сърцето и интуицията си. Те по някакъв начин вече знаят какъв наистина искате да станете. Всичко друго е второстепенно...”

Който иска, да си прави сам изводите. Няма да привеждам изказвания на други знаменити личности на нашето време, които по подобен начин се отнасят към философията: прекалено много са. Пък и това не е необходимо. Понеже става дума за очевидни, саморазбиращи се неща.

Аз лично смятам, че абсолютно всеки човек има нужда от философия, а пък няма по-безценно общуване от **непосредственото общуване**, от разговора лице в лице с философ. С философ, заслужаващ това име, разбира се. А такива, за жалост, са твърде малко, това са редки хора и личности с необикновен талант и проникателност. Броят се на пръсти не само у нас, но и по света. Разговорът с един философ може да те обогати така, както нищо друго на този свят. Неслучайно още Аристотел е писал, че няма друго удоволствие, което може да се сравни с получаваното при **духовните занимания**, именно с философия – и това удоволствие той го нарича **блаженство на духа**. Правеете си сами сметката има ли или няма смисъл да търсим възможността да разговаряме и да се консултираме с философ, с истински философ. Щото има и много, прекалено много дървени „философи“, но тия последните, както забелязвате, не са никакви философи – поради което сложих думата в кавички. По-вярно е да се наричат „дървени глави“.

Та значи всеки човек има една най-дълбока **духовна и човешка потребност**, която може да задоволи единствено в смисленото общуване с философ. От философско консултиране се нуждаят всички. Е, някои никога няма да почувстват осъзнато тази своя потребност. Но особено ония, които силно държат на личността си и се стремят да ѝ придадат една духовна изтънченост, която е пък и предпоставка за всичко останало, непременно трябва да търсят компанията на философ. Става дума за всякакви личности, дори и от т.н. „елит“: политически, банков, бизнес, спортен, културен, какъв ли не още. Но и т.н. „редови“ или „обикновен“ човек – макар че е глупаво да се изразяваме така, всяка личност е уникална и безценна! – би спечелил много ако започне да удовлетворява потребността си от общуване с философията, в частност и от общуване с жив философ.

Защото от векове хората се „консултират философски“ просто като разтворят някоя философска книга и се зачетат в мислите на отдавна умрели велики философи. Разбира се, четенето на философски текстове е страхотна възможност да обогатим и да развием личността си. Правеете си сами сметка обаче какви са предимствата на **живото общуване** с философ, т.е. какви са предимствата на реалното философско консултиране. При което можеш да задаваш въпроси на философа, да изслушваш отговорите му, също така и да отговаряш на смислените въпроси на самия философ към теб, и при това да знаеш, че ще бъдеш изслушан най-внимателно от разбираещ човек, каквото всъщност е добрият философ.

Невероятен шанс е това! Велико нещо е това! Аз, примерно, дето

съм философ, си умирам по разговори с други философи! Страхотно преживяване е това! Човек не може да намери думи за да изрази тоя мощен стимулиращ ефект, който има философското консултиране върху духа и душата на човека. Сравнено с него психологическото консултиране, което не е на съзнателна философска основа, е като детска наивна игра. Излишно е да казвам, че добрите психолози са добри дотолкова, доколкото имат философски дух у себе си, т.е. доколкото са в някакъв смисъл философи. Това е аксиома, останала от древността и потвърдена от опита на цялата култура. Същото може да се каже и за добрите учени, физици, математици и пр. – всички те са били богати личности, излъчващи субстанциален човешки, сиреч, философски дух.

И ето, от днес специално решавам да предложа в своя блог и една такава „услуга“. Това съм го правил и досега, но сега вече ми се ще то да бъде поставено, така да се каже, на „професионална основа“. Ще давам философски консултации на всеки, който желае да общува специално и непосредствено с мен. Готов съм да обсъждам какви ли не проблеми и да помагам на най-различни хора за разнищването им, за откриването на автентичния им и толкова потребен ни смисъл. Смисъл, до постигането на който нашият дух няма как да се успокои – и да постигне хармонията си.

Разбира се, може да звучи вулгарно, но няма как да давам тия консултации даром, без пари. В такива времена живеем, че всеки труд, особено пък такъв сложен и изтънчен вид духовен (да не го наричаме само интелектуален!) труд струва пари, и то много пари. Колко струва един час философска консултация е предмет на индивидуално договаряне с оня, които иска услугата; много е важен неговия социален и финансов статус. Аз тук мога да посоча само, примерно, минимума, под който ако се падне, работите съвсем ще се обезсмислят. В съответствие с днешната ситуация и стандарт на живот у нас обаче под 50 лв. на час философско консултиране ако се падне, това ще означава профанизиране на самата услуга, превръщането ѝ в амбулантна търговия. Толкоз по този въпрос, за цената на услугата философско консултиране. Казах предостатъчно.

Ще каже някой тук, няма как да не каже тъкмо това: „Какъв безсрамник! Как не го е срам! Да иска пари за това, че участва във философски разговор с тоя или оня! А Сократ някога да не е вземал пари за тази работа бе?! Засрами се поне малко бе?! Да не е вземал пари някой друг философ бе? Каква деградация?! Какво можем да очакваме в тази страна, таваришчи, щом, какво виждате, дори и философите ни са такива! Страшна работа!“.

Знам добре, че няма начин това да не бъде казано или поне помислено от мнозина. Поемам риска да бъда обруган и така. Винаги е било така с по-новите, наистина авангардните идеи. Даже и ме ласкае, че така ще бъде посрещнатата идеята ми за практическо философско консултиране. Такова едно посрещане за мен е гаранция, че идеята ми наистина е не само нова и авангардна, но, простете за нескромността, е гениална, е направо велика.

Специално пиша това – та да ядосам някои хора повече. Или да им доставя перверзна радост. То е все същото. До този момент аз се раздавам съвсем безплатно и безкористно на цялото човечество, от този момент

започвам да искам за раздаването си пари. Ще каже някой също: „За какво му са пък на философа пари? Толкова си философ щом те вълнуват толкова парите!!! Явно си менте-философ щом искаш за философските си занимания пари!“ На тази забележка ще отвърна ето как:

Да, нужни са ми пари. Всички пари, взети евентуално от моите философски консултации, до стотинка ще ги дам за най-свидното мое предприятие: издаването на философското списание **ИДЕИ**. Издаването на хубаво философско списание в съвременни условия, особено пък в страна като нашата, иска пари, дори много пари. Колкото повече пари се вложат в едно такова списание, толкова по-голям ефект ще има то. Живеем в един материален свят, който си има своите закони. На тях се подчиняваме всички до един живи човешки същества. В това число и философите.

Няма как да е иначе. Дойде време и философите да станат жители или граждани тъкмо ето на тоя, на човешкия наш свят, а не да хвърчат по някакви други, илюзорни, вятърничави светове. Точно по тази причина аз не се свеня да искам пари за работата си. Правя го, така да се каже, с идеална цел. В името на висши ценности го правя. Пък дори и да спечеля някакви пари върху потребните за списание **ИДЕИ**, тях пък ще ги инвестирам в написването на една наистина добра философска книга. Всички свои книги досега съм ги писал покрай другото, покрай грижата за всекидневното оцеляване, покрай всекидневната грижа за хляба, едва ли не „на колене“, все нанякъде и за нещо бързайки. Ако спечеля някакви пари, които да ми осигурят спокойствието да напиша една такава книга, каквато отдавна си мечтая да напиша.

Ако е грях това, съдете ме. Аз си имам една чудесна мечта, мечтата да напиша един ден книгата на живота си, и ето, за нея съм способен кажи-речи на всичко...

...

Преди няколко дни подхвърлих на едно място – виж **Предлагам начин за обединение на двете най-мощни сили в едно общество: силата на парите и силата на духа!** – идеята да се създаде Клуб с наименование **АРИСТОКРАТИ НА ДУХА**. С оглед на това идеята да не бъде погребана под безжалостните пясъци на забравата я извеждам тук на преден план. Признавам си, интересна ми е също така и «широката обществена реакция», каквато и да е тази реакция, тя все нещо ще покаже. Ще ми се тук вкратце да представя замисъла, същината на моето предложение.

Казано най-простичко: идеята ми се свежда до това да има едно място, където да се срещат влиятелни и духовни хора (без значение възрастта!), аз съм ги нарекъл „богати личности“, богати обаче във всеки един смисъл; Клубът да е място, където в най-приятна обстановка да общуват, да си помагат взаимно за разгръщането на своя творчески потенциал и също така – съвместно да работят за развитието на българската култура и духовност. И ми се ще в този Клуб богатите с най-истинското богатство – богатството на духа – да бъдат водещи, доминиращи, лидерстващи. Да бъдат водачи. Да бъдат почитани и думата им да се чува. А също така ми се ще финансово, материално богатите хора – аз съм убеден, че те, щом са постигнали успех,

са и личносно богати, а какво е личността ако не е и духовно просветлена?! – чрез този Клуб да могат да попаднат под влиянието на хората на духа, което вещае огромни ползи за общността и за нацията.

Да, знам, това е една страхотно шура идея – особено в нашенските условия. Равна е на утопия. На невъзможност. Но ми се ще да опитаме. Може пък времето и нравите да са се променили най-сетне? Може пък и у Нашенско да се е появил известен пиетет към духа в средите на националния икономически елит? Знае ли се? Знам ли, но ми се ще да стават чудеса и в това отношение, защо пък да не стават само тука?

Ще каже някой: е, късно си се сетил, драги, има такива Клубове и дори организации със световна слава. Примерно т.н. **Ротари клуб**. Ето **кратко обяснение за същината на ротарианството**, което в общи линии съдържа всичко това, което ми се върти в главата за новия клуб с име **Аристократи на духа**. Тогава какъв смисъл има да се предлага нещо толкова сродно, при положение, че вече има такава организация, и то със световна слава?

На мен ми се струва, че няма лошо да има и един нов Клуб, който да предложи една по-нова концепция. Да оставим настрана това, че Ротари-клубовете се владеят и доминират от хора, които често нямат някакво особено пристрастно отношение към духа, към духовното като такова; докато тук, в Клуб **Аристократи на духа** точно това ще е водещото. В общи линии Ротари-клубовете са станали клубове предимно на бизнесмени, на успешни мениджъри, предприемачи и пр. При това приемането в такъв един клуб в общи линии, особено в нашенските специфични условия, изключва приема тъкмо на ония, които биха били особено ценни в насоката, която ние предлагаме. Ето едно описание на процедурата, при която се става ротарианец. Вижте и сами ще се убедите в това, за което намеквам. Новият Клуб, Клуб **Аристократи на духа**, ще има съвсем други правила.

Главното е, че всеки ще може да дойде да кандидатства и ще бъде приет при едно-единствено, ала най-важно условие: да има склонност към духовното, изразила се на дело чрез значим принос към културното и духовно развитие на страната. Може да е подпомогнал, да речем, издаването на една книга и да обича книгите – такъв човек заслужава да бъде „аристократ на духа“. Може да е написал хубава книга – да заповяда. Може, да речем, като учител, е работил всеотдайно за личностното и духовното израстване на младежта, ето, и тоя човек става да бъде провъзгласен за аристократ на духа. Художници, философи, учени, даже политици и прочие, всякакви хора, стига да имат пиетет към духовното. И, разбира се, успели хора в бизнеса, стига да не са безразлични към духовното, но не показно, а автентично, истински. То това се потвърждава на дело, не на думи, не и чрез тупкане по гърдите. Ако си направил нещо реално и значимо за духа, можеш да бъдеш вече духовен аристократ. Ако си се изявил на попрището на духа, може да заповядаш. Ако си млад човек, имащ безспорен пиетет и влечение към духовното, ела, ще поговориш със специална приемна комисия и ако издържиш „изпита“ – ставаш член. Особено ценни за едно общество са наред с всички други и младите аристократи на духа. И това ще бъде една особеност на нашия Клуб.

Разбира се, всичко, което сега предлагам, подлежи на най-внимателно

обсъждане на поредицата от учредителни сбирки, които съвсем скоро ще предложи. Всичко трябва да бъде най-внимателно обсъдено и претеглено. Всеки ще може да дава своите идеи. Да не пропусна и нещо друго: водеща идея на Клуба ще бъде тази за свободата. То духът и свободата си вървят ръка за ръка, ала аз да го подчертая изрично. Истината също е една такава безценна за духа идея. Аристократите на духа по необходимост са свободни духове, почитащи най-много от всичко друго истината. Наред с други такива неща: красотата, справедливостта, доброто, светостта и прочие.

Даже самото име на Клуба – Аристократи на духа – подлежи на обсъждане. Засега това име ми е хрумнало, но после, разбира се, може още по-хубаво и сполучливо да се изобрети. Няма никакъв проблем да се потърси най-доброто. Ето още малко разяснения относно това до какво се свежда вкратце тази моя идея, ето и нейния смисъл. Вземам последующето от вече написан и публикуван на указаното горе място текст, за да ни е тук пред очи:

Хрумна ми тази идея за Клуб ето така. Нали знаете, че у нас много се зашумя с т.н. ктиторство на църкви, т.е. когато богат човек дава пари за строителството на църква, но не му стига това, че като направи добро дело, Бог евентуално ще се впечатли заради жеста му и ще го възнагради един ден, ами някои се полакомиха заради тия пари, дето дават за църква, да сключат сделка с местния мутрополит: ти даваш паричките, той пък ти дава „рицарско църковно звание“, ставаш архонт. И мнозина станаха архонти, е, не са толкова много архонтите ни де, но има, намират се вече „рицари“ и у нас, не е като да няма съвсем. Та в тази връзка на мен пък ми хрумна да предложи създаването на Клуб Аристократи на духа, в който пак да раздаваме «титли», и то на хора, които са направили нещо добро за развитието на българската култура, образование, духовност, философия, изкуство и прочие. Идеята ми вкратце е тази; да подчертая и разкрия поне най-главното.

У нас благородници, аристократи няма, нали така: и явно затова има такава лакомия за подобни благороднически титли. Е, като нямаме истински аристократи, като сме си погубили истинската аристокрация на времето, тогава защо да не си произведем нова, но не таман същата, ами друга, сиреч **духовна аристокрация** да си произведем, още повече, че в тази област ний, българите, яката сме я загазили: тънем до шия в ужасна бездуховност и, да си го кажем директно – в простотия!!! Много простотия има в тази наша България бе, драги ми дами и господа, прекалено много, задушана ни вече, какво да правим? Нещо трябва да се прави, някак трябва да се реагира, не може да се стои със скръстени ръце. Та значи има нужда от нашия Клуб на духовни хора, настроени войнствено срещу простотията, нали? Е, някогашните рицари се борели с... знаете с какво и с кого, ний пък, духовните аристократи, ще се борим с простотията и глупостта. Тази ми е идеята.

А този крайно дразнещ и спорен момент, именно с даването на «рицарски звания» и на «благороднически титли», разбира се, подлежи на осмисляне и прецизиране. Аз и иронично предложих това, не го ли усетихте? Както и да е. Но ще го обсъдим, има време. Казвам това, за да не се ядосват излишно някои хора, дето са с по-чувствителни души...

От друга страна богатите, успешните хора, аз така си го представям,

имат нужда, ласкаят се да общуват с прочути личности в сферата на изкуството, философията, културата, дори журналистиката и прочие. Е, повечето от тях, предполагам, ще се поласкаят да общуват предимно с т.н. чалга-звезди, с разните му там Азисовци, Кондювци, Цури, Нонки, Зорки и не знам си какви още, но да допуснем, че някои от тях искат да общуват в най-непринудена и топла, сърдечна обстановка с български «звезди» от областта на духовното, с влиятелни творци от тази сфера. Да се свърже икономическо-финансовия елит на нацията ни с нейния духовен елит – тази ми е идеята около създаването на този Клуб. Ще лансирам идеята. Вярно, отначало всичко ще бъде съвсем скромно. Важното е да мога да привлека няколко по-прочути български писатели, учени, композитори, философи, каквито си искате по-елитни представители на духовността, да учредим Клуба, а пък после ще почнем да каним бизнесмените. Като „примамката“ за тях ще е тази.

Който от тях направи нещичко добро, т.е. извърши поне едно добро дело за подпомагане и спасяване на българската духовност в тия тежки времена, ще бъде приет за член на тази елитна организация, на този клуб с гръмкото име **Аристократи на духа**. Ще бъде посветен един вид в «рицарство», ще стане **рицар на духа**, ще получи, ако трябва, и друга, каквато си иска титла, примерно, не пречи най-висшето звание в рамките на Клуба да бъде, да речем, «принц на духа» или пък, защо не, «цар на духа»; ний си имаме дори цар Киро, та цар на духа ли да нямаме, откъде-накъде да е така?!

Но най-важното, ако трябва сериозно да говоря, е тази възможност тия богати хора да имат възможността в най-приятелска обстановка да общуват с духовния елит, примерно, на съответния град, пък и на нацията като цяло; такива клубове може да възникнат във всеки един български град; в идеята ми, признайте, „има хляб“. Аз лично познавам такива състоятелни хора, които драпат да се запознаят с по-известни творчески личности, пък и обратното е вярно, защо да си кривим душата, и много „ентелектуалци“ драпат да се запознаят с богати хора, ето, те общо биха имали взаимна полза да се сблизят – защо чрез тоя Клуб да не им помогнем да сторят това?! И той, Клубът, всъщност ще бъде **форма** за обединение на двете най-мощни сили в едно общество: **силата на парите** със **силата на духа**. А сега нека някой да се осмели да отрече, че идеята ми не е гениална направо?!

Толкоз. Да не стане дълго, спирам дотук. Примерно, като се разчуе за тази идея, може да направим така: на учредителното събрание на Клуб **Аристократи на духа** ще бъдат поканени като почетни членове ония (оня, щото не вярвам да се претрепят от желание ония, които биха дръзнали на такъв чутовен подвиг!) български бизнесмени, които, да речем, са подпомогнали издаването, да речем, на някоя от трите мои най-нови книги, именно книгите за българското образование, за българския университет и за българското училище. Моя милост като човек, дал идеята за Клуба, трябва да има доживотно почетно членство в него, дори, чини ми се, и като начало и председателското място ми се полага. Ще видим. Е, нищо чудно «Ванко едно» да ми отнеме в един момент председателското място де, той също е местен интелектуалец, от Пловдив е, но както и да е, аз ще се задоволя тогава с обикновено членство.

И там, в Клуба - този Клуб, разбира се, трябва да си има и физическо място, ето, ако някой собственик на заведение реши да превърне свое заведение в място на този Клуб, ще сключим сделка, аз му давам безвъзмездно името **Аристократи на духа**, което да тури над вратата на заведението си, той пък ще дава подслон на самия елитен и елитарен Клуб, ще печели от това! – та значи там, в това уютно заведение-клуб, ще си общуваме ний, богатшите, едните богати с пари, а други като мен, преизобилно богати с дух, ще се срещаме по всяко време, ще обсъждаме на живо най-важните за нацията ни и също така за цялото човечество въпроси; аз ще организирам чудесни дискусии, бива ме за тази работа; какво ще кажете?!

Ето, като ме уволнят от училището тия дни, тогава, надявам се, ще може портиер или поне разсилен на туй заведение, дето ще се събира Клубът, да ме турят, та да преживявам все пак някак, нали така?! Страхотна е обаче идеята ми, нали? Струва си да се мисли и работи в тази посока според мен, да се надяваме, че и други са в състояние да мислят по сходен начин. Ще видим. Аз само предлагам. Много ме вълнува какво ще стане от една такава превъзходна идея в нашенските специфични условия. И това само да науча, за мен ще бъде голям плюс.

Идзьо В. С., Идзьо О. В.,
Институт Східної Європи; Львівська міська дитяча лікарня,
ukrainoznavezz@ukr.net

СТАНОВЛЕННЯ МОНАСТИРІВ, ЧЕРНЕЦТВА, ХРИСТИЯНСЬКОЇ МЕДИЦИНИ ТА ЧЕНЦІВ-ЛІКАРІВ У СТАРОДАВНІЙ УКРАЇНІ-РУСІ В Х-ХІІІ СТОЛІТТЯХ

Розвиток українського чернецтва треба розглядати в контексті розвитку чи занепаду церковного життя в Україні-Русі. Не можна з'ясувати ролі чернецтва в історії церкви і українського суспільства без розуміння того, що від зародження і до наших днів це була і є згуртована громадськість зі своєю релігійною думкою, християнсько-місіонерськими завданнями [18, с. 175-182].

Визначення українського чернецтва вперше подав Феофан Затворник, який писав: "Чернецтво є відречення від усього і безпосереднє перебування розумом і серцем в Бозі... Так як цьому налаштуванню постійно мішають сімейне і громадське життя, то шукаючі спокою і бога відходять від нього, розривають, або зовсім не вступають в сімейні зв'язки" [34, с. 21-22].

Чернецьке відречення від суспільства заради ідеалу і вдосконалення в розумінні Бога не має нічого спільного з відходом від світу церкви. Щоб чернече життя зрозуміти, треба з'ясувати суть грецького слова "чернець", яке в перекладі означає "один живучий одиноко". Безсумнівно, що слово чернець українською мовою можна перекласти, як "той, що живиться іншими цінностями, ніж решта людей". Таке розуміння, на нашу думку, найправильніше. Покинувши бурхливе життя цивілізації, чернець присвячує себе спасінню тих, хто перебуває в світі цивілізації. Київська держава, яка в Х столітті стала головним осередком

християнської цивілізації, робила все, щоб у молодому християнському суспільстві були люди, які б привертали “паству” до духовного християнського життя. Власне, цими людьми і були ченці [14, с. 226-230].

Спробуємо реконструювати розвиток чернецтва з точки зору сучасних, історичної та археологічної, наук. Джерела свідчать про існування ранньохристиянських культових храмів на українських землях у перших віках нашої ери. У римський час в Криму християнські церкви знаходились в гротах та печерах, вони відомі сучасній історичній науці [35,с.73].

Такі ж гроти та печери, пристосовані під ранньохристиянські культові споруди, виявлені на Дністрі поблизу села Стінка Тернопільської області. Це печерний ранньохристиянський храм, вирубаний у вапняковій породі. В плані храм має трапецеподібну форму з входом із західного боку з вівтарем і двома притворами в східній частині. В середині культової споруди знаходиться християнська і язичницька символіка. Біля вівтаря проглядається солярний знак у вигляді свастики-хреста [1, с. 7]. Докириличні знаки зафіксовані на фрагменті посуду, знайденого на черняхівському поселенні поблизу села Бакота Хмельницької області. Грецькі та латинські письмена були в користуванні серед варварських племен у римський час, про що свідчить чорноризець Храбр [6, с. 20]. Цей культовий пам'ятник дуже схожий на печерні ранньо-християнські храми, знайдені в Криму, які датуються першими століттями нашої ери [35,с.73]. Цілком ймовірно, що такі печерні ранньохристиянські храми поклали основу печерним християнським монастирям Дністровського регіону, таким, як Бакота, Непорото-во, Лядово, Ципів, Сахарна та інші.

Сучасній науці відомо, що ці ранньохристиянські печерні монастирі виникли на основі язичницьких святилищ. Так, в Бакоті до виникнення скального монастиря в перших віках нашої ери знаходились язичницькі капища, як в печерах, так і на поверхні [7, с. 207].

Слід звернути увагу, що в Бакоті К.Н. Мельник і В.Б. Антонович, дослідники місця розташування монастиря, вважали, що окремі з печер в урочищі “Монастирско” використовувались ще в язичницькі часи [8, с. 120]. Сам християнський монастир відомий своїм активним життям з XI століття. Можливо, окремі ранньо-християнські церкви виникли в цьому місці ще в перших століттях нашої ери. Дослідження розвитку та становлення монастирів з римського часу до епохи Київської Русі знаходиться на стадії вивчення: дослідження велись археологом Б. Тимощуком у Чернівецькій області - Кулішівка, Бабин, Нагоряни, Зелена Липа; в Тернопільській – Заповідник Медобори на Збручі поблизу села Городниця, гори Боги і Звенигород та інші [31, с. 176]. До їх числа слід віднести святилище біля села Монастирок Тернопільської області, розташоване в гроті. Перед гротом знаходиться язичницький вівтар. Кам'яна плита, де відбувались жертвоприношення, лежить на трьох опорах. Пізніше це капище було перероблене в ранньохристиянський храм. У гроті обладнана церква, а на вівтарі видовбаний хрест. Можливо, цей ранньохристиянський храм виник у римський час. Власне з цього часу можна припускати розвиток чернецтва на землях України [8, с. 112-113].

Великі проблеми в процесі християнізації виникли через значну кількість язичницьких культових святилищ, які користувались підтримкою місцевого

населення. Християнська церква повела з ними боротьбу. Для цього ченців-схимники поселялись на території цих святилищ і витіснили звідтіля язичницьких жерців. Так, наприклад, на території села Одаїв Івано-Франківської області був зафіксований печерний комплекс, де знаходились язичницькі культові капища, які функціонували з дуже стародавніх часів до епохи Київської Русі, за засвідченнями археологічних джерел. Серед цих печер слід виділити один грот прямокутної форми, видовбаний в гіпсовій породі, що називається “гротом Монаха” [10, с. 87].

Така назва за ним закріпилась серед місцевого населення села Одаїв та інших розміщених поряд населених пунктів. У Чернівецькій обл., поблизу села Комарів, експедицією “Дністер” в скалі Христища напроти Бакотського печерного монастиря було досліджено язичеське капище під назвою “Турецька хата”. Окрім жертovníка і кісел, вирубаних у вапняковій породі, віднайдені пази для дерев’яних конструкцій, Це означає, що це святилище перероблене в житлове приміщення для християнських ченців-схимників. Шурф біля підшви скали під капищем виявився з керамічного матеріалу перших віків нашої ери і Київської Русі [2, с. 13].

Визначний дослідник язичницьких святилищ і ранньохристиянських монастирів Б.О. Тимошук вважає, що в Галицькій Русі скельні дохристиянські святилища після витіснення язичників були зайняті християнськими місіонерами [31, с. 176-181].

Можливо, в християнські часи скельний комплекс над рікою Бистриця став притулком для ченців-схимників. Такі притулки-печери також відомі в басейні ріки Дністер [4, с. 11-13].

Більшість сучасних дослідників, зокрема Б.О. Тимошук, вважають цілком можливим використання першими християнами язичницьких релігійних центрів. Їх язичницькі назви після прийняття християнства ставали християнськими [32, с.56-57]. Таким прикладом може служити релігійний скельний комплекс поблизу села Ямниця, який із стародавніх часів відомий місцевим жителям під назвою “Монастир” [3, с. 13-15].

Функціонування раннього чернецтва в Україні-Русі поки що недостатньо вивчене, та виявлені факти вказують на подальший напрямок досліджень [15, с. 72-74].

Однак, офіційно перші монастирі, за свідченнями джерел, виникли в Україні-Русі одночасно з хрещенням в 988 році. Митрополит Київський і всієї України-Русі Іларіон (1051-1054) в своєму “Слові про Закон і Благодать” пише про це так: “І в один час вся земля наша прославила Христа з Отцем і Святим Духом. Тоді почав морок ідольський від нас відходити. Капища розвалювались, а церкви поставали. Монастирі на горах будувалися, чорноризці явилися” [30, с. 323].

У “Пам’яті в похвалу князю Володимирі” згадується про чорноризців уже в 988 році. “Повість минулих літ” теж згадує про заснування перших монастирів, зокрема, під 1037 роком засвідчується, що “Ярослав заложив монастирі святого Георгія і святої Ірини і чорноризці розпочали літописання і монастирі почали бути” [25, с. 42].

Велику роль в історії українського чернецтва відігравали вихідці з

Візантії. Власне вони і були першими організаторами монастирів в Україні-Русі після офіційного прийняття християнства, вони першими організували перші чернечі общини. Збереглась легенда, що одна така візантійська християнська община в Києві заснувала біля Вишгорода Спаський монастир [13, с. 725].

Окрім візантійського чернечого розвитку, в Україні-Русі зафіксований і католицький чернечий розвиток. Джерела наголошують на активному функціонуванні католицьких монастирів [16, с. 191-194].

Таким чином, наприкінці першого тисячоліття християнської ери завершився багатовіковий процес становлення християнської культури, що охопила території від Британських островів до Уралу. З цього часу цей культурний простір почав називатися християнським світом. Власне тоді у молодій християнській державі Україні-Русі розпочалася розбудова монастирів з новими релігійними традиціями.

Як засвідчують джерела, християнська думка, носієм якої було чернецтво, зароджується в Україні-Русі наприкінці X - на початку XI століття, з'являються релігійні течії, які виражають потреби духовного життя. Найяскравішим виразником цього духу став ігумен монастиря св. Мамонта святий Симеон "Новий Богослов". Його вчення, не дивлячись на деяку містичність, давало відповіді на безпосередньо важливі питання церковного життя. В X столітті, ми знаємо, в Києві таку ж діяльність проводив Печерський монастир. Відомо, що митрополит Іларіон сам був спочатку ченцем, він, як засвідчує джерело, "сам викопав собі печеру і там молився собі в тайні" [25, с. 305]. Сюди на це місце, як наголошує літописець, як Бог йому указав, прийшов для поселення з одного із афонських монастирів пострижений святий Антоній. Він поселився в печері, викопаній Іларіоном і "почав жити тут, молячись Богу, харчуючись хлібом сухим і то через день і води в міру п'ючи, копаючи печеру, не даючи собі спокою, день і ніч в праці перебуваючи. І відомим став Антоній, і шанованим, і почали приходити до нього браття, і став він приймати їх і постригати, і зібралось біля нього 12 чоловік і викопали вони печеру, і церкву, і келії... і став він ігуменом. Так постав Печерський монастир" [25, с. 306].

Християнські подвиги печерських ченців мали великий вплив на все староукраїнське суспільство, все чернече братство. Укріпившись в Україні-Русі, ченці пішли з християнською місією до фіно-угорських народів, які українські князі почали консолідувати політично в Суздальсько-Володимирську Русь. Джерела наголошують, що християнізація фіно-угорських народів проходила в XI – XII столітті і мала великий успіх. У XIII столітті ці народи вважали себе уже русичами-християнами [17, с. 57-61].

Як відомо, печерський монах Леонтій, ставши єпископом Ростовським, зумів християнізувати фіно-угорські племена чудь і мерю. Цього не змогли зробити жоден з його попередників [36, с. 289-340].

Таким чином, Києво-Печерська Лавра була не тільки центром чернечого життя, але й місіонерства, а також духовної освіти, книговидання і літописання. З перших днів існування монастиря в ньому виникає монастирська бібліотека. Як наголошує Печерський Патерик, монастир мав багато слов'янських, грецьких і візантійських книг [21, с. 211].

Джерела також засвідчують, що в українській державі в X-XIII століттях

активно функціонувало 68 монастирів, дві третини з яких були побудовані князями, боярами, багатими міщанами [19, с. 257-265].

Безсумнівно, монастирі були великими власниками земель, сіл, лісів. Стосовно монастирського землеволодіння сьогодні нам відомо багато наукових праць [14, с. 226-230].

Та головне тут в тому, що монастирі використовували свої прибутки для проведення місіонерських походів з метою хрещення язичників, а також для задоволення своїх як побутових, так і культових потреб, зокрема, побудови церков, монастирів на нових, щойно хрещених землях [37, с. 10-22].

Як бачимо, чернецтво зіграло величезну роль в утвердженні та поширенні християнства в Україні-Русі у X-XIII століттях.

Слід наголосити, що медицина стародавньої України-Русі, яка ще досі мало вивчена, була заснована на традиції язичницької лікувальної практики, надбання якої широко використовувались у медицині староукраїнської держави в християнський час монахами-лікарями. Скупі факти, які дійшли до нас із візантійських та арабських хронік про монахів-лікарів, священників-лікарів, слов'янських знахарів, ворожбитів, волхвів, що "виганяли хвороби з людей", варті ретельного вивчення [28, с. 23-30, с. 129-146, с. 234-238].

Конкретніше про християнську медицину взагалі та медичні заклади в Україні-Русі джерела розповідають з кінця X - початку XI століття.

Однак першими лікарями в язичницькій Україні-Русі були волхви, у християнський час їх місце зайняли лікарі-ченці. Їх лікарські здібності, методи лікування досі не аналізувались. Недостатньо вивчалися і перші медичні заклади, як язичницькі, так і християнські, які були сконцентровані біля капищ, релігійних центрів язичників, і в християнських монастирях (X ст.). Проте, накопиченими були глибокі знання в галузі лікування людей [23, с. 106].

Із свідчень джерел нам стає відомо, що першими засновниками лікувальних закладів в Україні-Русі були візантійські ченці, які ще в X-XI століттях використовували надбання римських, візантійських та західноєвропейських лікарів для надання лікарської допомоги населенню України-Русі. Вони першими облаштовували медичні заклади за зразком візантійської медичної системи [35, с. 8]. Характерно, що власне в цей час ченці-християни переклали на староукраїнську мову латинські та грецькі медичні книги.

Слід наголосити, що ще до того до проникнення в Україну-Русь візантійської медицини, тут активно функціонувала народна медицина, засади якої передавались із покоління в покоління. До християнської епохи вона була основною лікувальною структурою в язичницькій Україні-Русі. Лікарями були представники язичницького культу – волхви [33, с. 165-173].

З прийняттям християнства язичницькі лікарі були замінені християнськими. Однак, язичницька система лікування ще довгі століття функціонувала на рівні з християнською, оскільки її методи були перейняті християнською медициною – молитви, лікування травами, відварами, настоянками та інше.

Як бачимо, на самому початку X століття медики-ченці з лікувальною метою використовували досвід язичницької медицини.

Язичницькі волхви, які якраз і були лікарями в стародавній Україні-Русі,

володіли величезними медичними надбаннями, які накопичували протягом багатьох віків. Вони знали цілющі властивості трав та виготовлених настоїв й відварів. Ці знання були результатом багатотисячолітніх спостережень. Отже, упродовж століть волхви-лікарі вважалися в староукраїнському суспільстві авторитетними лікарями. До них за медичною допомогою звертались не тільки прості люди, але й панівні верстви суспільства: торгово-ремісничі знать, бояри, князі. Так, у літописі середини XI століття знаходимо, що "князь Всеслав був народжений матір'ю за допомогою волхвів" [25, с. 104]. Християнські священики X-XI століття наголошують, що "русичі своїх хворих дітей та родичів відводили до волхвів, а не до священиків і не в монастирі" [25, с. 105]. Так, у Лаврентіївському літописі 1071 року записано, що "воєвода Ян суворо засуджував волхва за погане лікування" [26, с. 279].

"Повість минулих літ" 1071 року дуже стурбована, що лікування не ведеться християнами-ченцями і що в зв'язку з цим таке християнське лікування "затруднюється", оскільки багато "волхвують жінки чарами і отравою і другими бісовими знаряддями" [25, с. 105]. На думку російського дослідника М.Б. Мирського, медицина язичницької Русі сконцентрувала всі кращі лікувальні традиції, які розвивались на цих територіях ще з первісно-общинного ладу [23, с. 107].

Про стародавні методи язичницького лікування в Україні-Русі нам розповідає в своїй "Записці" арабський мандрівник Ахмед Ібн-Фадлан, який в 20-х роках X століття відвідав Русь. "Коли один із них захворіє, то вони розбивають йому намет на віддалі від них, кидають його туди і кладуть з ним хліб і воду, та не наближуються до нього і не говорять з ним, навіть не провідують його в час його хвороби, особливо коли він бідний, або невільник. Якщо він виздоровів і вставав, то повертався до них, якщо помирав, то вони його спалювали" [11, с. 96-98].

Другий арабський письменник Ахмед Ібн-Дауд в "Книзі дорогоцінних скарбів", яку він написав у 30-х роках X століття наголошує: "Є у них знахарі, які навіть повелівають царю, як буцімто вони володарі у русів. Трапляється так, що вони повелівають приносити в жертву "Творцю їх", що їм подумается: жінок, чоловіків, коней. А коли вони повелівають (волхви-знахарі) – не виконати наказу не можна ніяким чином" [11, с. 96, с. 296].

З цього приводу радянський вчений М.С. Державін писав: "Язичницька медицина, язичницькі стародавні знання, особливо у питанні збереження здоров'я і лікування хвороб досить довго не виходили із народної пам'яті і передавались із покоління в покоління. Волхви використовували магічну силу трав, збираючи їх, блукаючи полями і лісами. Вони навчилися заліковувати рани, кровотечі, виліковувати від укусів змій, собак..." [12, с. 157-158].

В XI столітті з утвердженням християнства розгорнута монастирська система стала не тільки релігійною підструктурою церкви в кожному місті, але й лікувально-оздоровчою системою, яка базувалася на кращих традиціях, в першу чергу, візантійської медицини [5, с. 123-128].

Як засвідчує літописець, в X столітті ігумен Києво-Печерського монастиря Феодосій побудував при монастирі лікарню на зразок таких, які існували в Візантії. В церковних рукописах згадуються лікарні, які після Феодосія-

Печерського почали поширюватися в усій Україні-Русі [24, с. 42].

Це ж джерело дає характеристику хворих, які лікувалися в лікарні Києво-Печерського монастиря. Фактично, ті, що знаходились в лікарні, були тяжко хворі. Їх, як засвідчують джерела, приносили в монастир. Характерно, що функціонування цієї лікарні було узаконено великокнязівською владою і для її діяльності виділялись певні кошти [20, с. 181].

Перша літописна згадка про монастирські лікарні відноситься до епохи князювання Володимира Святославовича. Він з митрополитом Леоном встановив податок на користь "бідних, сиріт, хворих..." Це, як засвідчують знавці податкової системи феодальної України-Русі, були великі гроші. У "Статуті світлого князя Володимира, що охрестив Руську землю" говорилось не тільки про бани, але й про лікарні, які здавна займали велике значення в житті народу, вони "монастири и бани их и больницы и врачи их", наголошується в Йосафатівській редакції літопису, потрібні людям [26, с. 84].

У "Статуті Володимира", який зберігся в Новгороді і датується кінцем XIII століття, наголошено на високому статусі "церковних людей, лічців хвороб в монастирських лікарнях". Таким чином, монастирська лікарня, як бачимо з джерел, знаходилася під управою "лічця" – лікаря-ченця. Це підтверджує нам "Степенна Книга". Володимир Святий наділив 10-тою частиною своїх доходів церковних людей і серед них "лічці, монастирські лікарні, які не підкорені ні князю, ні боярам, ні суддям..." [26, с. 1118-1119].

У "Смоленській грамоті", яка подає "Статут Володимира Святого" у розширеному вигляді, наголошено, що лічці, які рятують людей чудесним зіцленням, сьогодні є під захистом церкви [37, с. 90-94].

Як засвідчують джерела, християнські лікарні в XI столітті стають невід'ємною частиною монастирського життя. У будівництві монастирів передбачається і будівництво лікарняного комплексу. Так, Никонівський літопис розповідає, що митрополит київський Єфрем в 1091 році заклав багато церковних будівель, зокрема, було виділено приміщення для лікарні, в якому лікували хворих, і приміщення для проживання лікарів. Своєю діяльністю з будівництва лікарень він поширив на всю Русь, в міста та містечка, як наголошував літописець "се же не бысть прежде в Руси" [26, с. 116]. Слід відзначити, що побудовані митрополитом Єфремом лікарні лікували людей безкоштовно. Усі лікарі мали своїх учнів.

Зрозуміло, що монастирські лікарні були медичними закладами, діяльність яких як фінансово, так і політично підтримувалась політичною владою стародавньої України-Русі.

Характерно, що уже "Повість минулих літ" наголошує, що у князя Володимира Святославовича був свій лікар Іоан Смер, родом полочанин, який з його волі навчався мистецтву лікарському в Паннонії, Сербії, Болгарії, Мизії, Візантії, Єгипті. Власне його і можна вважати першим фаховим лікарем в стародавній Україні-Русі [29, с. 164]. В подальшому джерела засвідчують практичну лікарську діяльність лікарів-ченців Києво-Печерського монастиря, таких, як Антоній (983-1073) і Агапіт (?-1095), які лікували людей з застосуванням всіх наявних в той час європейських, насамперед, візантійських медичних знань. Медичні досягнення і знання передавалися із покоління в покоління. Так, із дже-

рел нам відомо, що Агапіт був учнем Антонія. Він сам виготовляв хворим ліки і перебував під час лікування невідступно біля хворих. Як засвідчують джерела, він у Києві користувався “репутацією хорошого лікаря”. Власне він вилікував князя Володимира Мономаха, який захворів у Чернігові, однак, не прийняв від нього багатих дарів [9, с. 203].

Приблизно в цей час у Києві відомим своїм вмінням виліковувати людей був лікар Петро Сіріянин, який спочатку практикував при особі князя Святослава Чернігівського, а опісля перейшов у Печерський монастир. Він лікував зіллям і виліковував ним багато людей та князів. Його лікування рятувало щодень по троє людей [24, с. 83-85]. Коли ігуменом Києво-Печерського монастиря був Федосій, в монастирі був “лічбником” Дем’ян, який “лікував дітей молитвами та спеціальними мазями і так хвороби виліковував...” [25, с. 126].

У цей же час лікарською діяльністю в Києво-Печерському монастирі займався чернець-художник Аліпій, який за допомогою виготовлених ним фарб виліковував проказу і шкірні хвороби, а також гнійні рани. Все це він доповнював молитвою, і таким чином хвороби від людей відходили [25, с. 126].

Джерела XI століття подають нам свідчення про проведення “хірургічних операцій”. Зокрема, “Руська правда”, складена за часів князювання Ярослава Володимировича, подає дані, що за нанесення рани мечем і її вилікування треба платити 1 гривню, за вилікування рани лікарем треба платити 3 гривні. Від 1 до 3 гривень передбачалась плата за лікування лікаря [27, с. 3].

Була також встановлена і нормативна кваліфікація для самого лікаря. Так, в “Изборнике Святослава” (XI ст.) сказано: “Лікар повинен вміти надавати хірургічну допомогу. Він повинен вміти: розрізати шкіру, зашити шкіру, ампутувати, припалити рану, боротися з нагноєнням рани, провести хірургічну операцію, які в цей час уже проводились. Так, хірургічну операцію переніс князь Святослав, після чого й помер...” [26, с. 107].

У висновку нашого дослідження зауважимо, що медицина в Україні-Русі була важливим аспектом в житті староруського суспільства. Уже в язичницькі часи вона досягла високого професійного рівня [33,с.165-173], а в християнський час медицина до того ж вдосконалилась внаслідок суттєвих здобутків європейської медичної науки, зокрема візантійської [5, с. 26-28].

У висновку нашого дослідження наголосимо, що проблеми становлення монастирів, чернецтва, християнської медицини та ченців-лікарів у стародавній Україні-Русі в X-XIII століттях, є ще слабо досліджені і потребують подальшого аналізу та вивчення.

Література:

1. Артюх В.С. Ранне-христианский пещерный храм на Днестре // Международный симпозиум по искусственным пещерам. – Киев-Одесса, 1998.
2. Артюх В.С. Звіт про роботу експедиції Дністер. – Львів, 1998.
3. Артюх В., Ідзьо В. Скельна культова пам’ятка “Монастир” // Історія релігій в Україні // Праці X Міжнародної наукової конференції. – Львів, 2000.

4. Бандрівський М. Схимницькі печери-келії на Рогатинщині. Скелі і печери в історії та культурі стародавнього населення України. – Львів, 1995. – С. 11-13.
5. Брайчевський М.Ю. Утвердження християнства на Русі. – К., 1988. – С .26-28.
6. Вилинский С.Г. Сказание черноризца Храбра о письменах славянских. – Одесса, 1901. – С.20.
7. Винокур І., Горишний П. Бакота. – Кам'янець-Подільський, 1994.
8. Винокур І.С. Історія та культура черняхівських племен II-V століть нашої ери. – К., 1972.
9. 9.Владимирский П.В. Ещё о происхождении и содержании Патерика Печерского. – Киев, 1900.
10. Войнаровський В. Християнство і порушені поховання черняхівської культури //Тези повідомлень V Міжнародного круглого столу з історії релігії в Україні. – Львів, 1995. – Т.1.
11. Гаркави А.Я. Сказания мусульманских писателей о славянах и русах. – Спб., 1870.
12. Державин Н.С. Славяне в древности. – М., 1945.
13. Энциклопедический словарь Бронгауза и Эфрона. Т.XIX. – П/Т, 38.
14. Ідзьо В.С. Церковна організація України-Русі в XIII столітті // Науковий Вісник Українського державного університету. – М., 2000. – Т.І.
15. Ідзьо В., Артюх В. Ранньо-християнські старожитності на прикладі останніх досліджень в Західних областях України //Науковий Вісник Українського Історичного Клубу. – М., 2000. – Т.IV.
16. Ідзьо В.С. Релігійні напрямки в кристалізації християнства в Україні-Русі в останній чверті X- і до кінця XIII століття //Науковий Вісник Українського Університету. – М., 2001. – Т.І.
17. Ідзьо В.С. Фіно-Угри та Київська Русь в VI-X століттях (До питання етнотворення російського народу та взаємовідносин українців та росіян в стародавні часи) //Науковий Вісник Українського державного університету. – М., 2001. – Т.І.
18. В.С. Ідзьо. Ранньослов'янське суспільство і ранньослов'янська державність. Зародження і становлення християнства на території України. Видання II доповне і перероблене. Львів. Сполом . 2004.
19. Ідзьо В.С. Українська держава в XIII столітті. – Івано-Франківськ, 1999.
20. Києво-Печерський Патерик. – Київ., 1930.
21. Киево-Печерский патерик. В кн: Памятники дитературы Древней Руси XII в. – М., 1980.
22. Мельник Е.Н. Следы мегалитических сооружений в некоторых местностях Южной России //Труды VI Археологического съезда. – Одесса, 1886.
23. Мирский М.Б. Медицина в средние века на Руси. – Вопросы Истории, 2000. – №11-12.
24. Патерик Киевского Печерского монастыря. – Спб., 1911.
25. Повесть Временных лет (ПВЛ). – М-Л., 1950. – Ч.І.
26. Полное собрание русских летописей (ПСРЛ). – Т.6. – Спб.,

- 1853.-Т.2.Спб., 1862. – Т.2.
27. Правда русская, или законы великих князей Ярослава Владимировича и Владимира Всеволодовича Мономаха. – Спб., 1799.
 28. Рыбаков Б.А. Язычество древних славян. – М., 1981.
 29. Рихтер В.М. История медицины в России. – М., 1814. – Ч.1.
 30. Слово о Законе и Благодати Илариона, митрополита Киевского // Богословские труды. – М., 1987.
 31. Тимошук Б.О. Язичницькі святилища Галицької Русі //Историко-Філологічний Вісник Українського Інституту Українського Інституту. – М., 1997. – Т.1.
 32. Тимошук Б.О. Двоєвір'я в стародавній Русі //Науковий Вісник Українського Історичного Клубу. – М., 1998. – №1.
 33. Тимошук Б.А. Языческое жречество Древней Руси (по материалам городищ-святилищ) //Науковий Вісник Українського Університету. – М., 2001. – Т.І.
 34. Феофан, епископ. Письма о христианской жизни. – М., 1908.
 35. Флоринский В.М. Русские простонародные лечебники и травники. – Казань, 1880.
 36. Шахматов. А.А. Разыскания о древнейших русских летописных сводах. – Спб., 1908.
 37. Щапов Я.Н. Государство и церковь Древней Руси X-XIII вв. – М., 1989.

Храпач В. В.,
НМУ имени А. А. Богомольца,
khrapach1961@icloud.com

ЦЕЛИТЕЛЬ ДУШИ И ТЕЛА – ИДЕАЛ ВРАЧА

Известны выдающиеся христианские ученые в СССР – Иван Павлов, Владимир Филатов и архиепископ Лука Войно-Ясенецкий

Наиболее известным из них представителем практического здравоохранения является Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий – доктор медицины и теологии, член Всемирного Совета Мира, профессор хирургии, Лауреат Сталинской премии 1 степени.

Врачевание-одна из самых уникальных профессий, назначение которой максимально совпадает с христианскими ценностями милосердия, человеколюбия и охранения жизни. Однако, на современном этапе развития медицины мы отмечаем бесспорное доминирование технических методов диагностики и лечения над личностными качествами врача, что приводит, к сожалению, к ослаблению столь важного духовного контакта между врачом и пациентом.

Вновь просматривая материалы биографии, научные труды профессора Войно-Ясенецкого убеждаешься в необходимости обобщить известные этапы становления Валентина Феликсовича как хирурга, педагога выделить поучительные случаи из его практики, роль научных медицинских трудов.

Принцип жизни.
Обучение
Хирургический профессионализм
Бескорыстие, сердечность
Научное наследие
Последователи

1. Принцип жизни

«Я не вправе заниматься тем, что мне нравится, но обязан заниматься тем, что полезно для страдающих людей».

Выразившийся в проповеди 28 января 1951 г. «Прийдите ко Мне все трудящиеся и обремененные».

Этот лозунг Валентин Феликсович пронес через всю жизнь и именно он послужил выбором мирской профессии. Святость XX века — это ежедневное мученичество. Биография архиепископа Луки — лучшее доказательство этого.

2. Обучение

Начало профессионального обучения непосредственно было связано с Киевом. Со слов самого Валентина Феликсовича он отказался от карьеры художника, поступил на медицинский факультет Киевского университета и изучал медицину с исключительной целью быть всю жизнь деревенским, мужицким врачом, помогать людям. Университет был закончен с отличием.

3. Хирургический профессионализм

В тот же год началась Русско-японская война и Киевский Красный Крест развернул возле Читы военно-полевой госпиталь. Одним из двух хирургических отделений главный врач поставил заведовать Войно-Ясенецкого, хотя в штате были куда более опытные врачи. Начальник не ошибся: молодой заведующий сразу повел большую хирургическую работу, стал делать крупные операции на костях, суставах, черепе. Результаты были хорошими, несчастий не случалось, был приобретен столь важный для хирурга практический опыт. После Читы Войно-Ясенецкий работал земским врачом в Симбирской и Курской губерниях. Многим людям он сумел с помощью операций вернуть зрение. В автобиографии Валентин Феликсович вспоминает курьезный случай, когда молодой нищий, слепой с раннего детства, прозрел после операции. Месяца через два он собрал множество слепых со всей округи, и все они длинной вереницей пришли ко мне, ведя друг друга за палки и чая исцеления.

Прозревшие стали считать его чудотворцем и разнесли весть о необыкновенном докторе повсюду. Чрезмерная слава сделала положение доктора невыносимым: даже молодых сил не хватало. Он физически не успевал осматривать всех, кто желал у него оперироваться. Операции шли в больнице с девяти часов утра до вечера. А еще приходилось принимать амбулаторных больных, прибывавших во множестве, разъезжать по

большому участку по вызовам, по ночам исследовать под микроскопом гистологические препараты, делать рисунки к своим статьям, читать новую научную литературу. Сохранился тщательно переплетенный отчет работы земской больницы в Романовке, выдержки из которого я бы хотел процитировать для освещения условий работы хирурга Войно-Ясенецкого. Вот что представляла собой земская больница в Романовке по «Обзору состояния земской медицины в Балашовском уезде за 1907 — 1910 и отчасти 1911 года»: «Романовский участок. Площадь 580 кв. верст. Население 30506 человек. Более 70% жителей расположено далее, чем за 8 верст от дома врача. Амбулатория – 31640 обращений в год. Участок в два раза превышает требования нормы по площади и в три раза по населению и количеству работы». Принимая за час 25 — 30 больных, можно было уделить каждому не более двух минут. Тут и осмотр и назначение. Приемы длятся по 5 — 7 часов в день. По подсчетам составителя «Обзора»: «...Только в 45 случаях из 100 можно поставить приблизительно точный диагноз, а 55 проходят мимо без диагноза. На долю одного врача нередко приходится принять до 200 человек... Помещение для амбулаторных приемов большей частью тесно и душно. В Балашовском участке, например, в одной комнате принимают три врача, двое из них — за одним столом. Тут же за ширмой гинекологические исследования, рядом в перевязочной делают разрезы, прививки детям, все это сопровождается криками, плачем. В ожидальнях давка и шум, бывают случаи обмороков от недостатка воздуха. О каком-либо выслушивании больного здесь не может быть и речи». В этой тесноте, духоте и шуме полтора года работал и Валентин Феликсович. Кроме врачебного приема и выездов на нем была в больнице и вся хирургия. «Я делал в Романовке не менее 300 операций в год», — пишет он в Биографии 1945 года. «Обзор» подтверждает: в 1909 году хирург произвел 292 операции. В начале следующего года операционный темп возрос еще больше... В земских больницах Валентин Феликсович с высоким мастерством оперировал на желчном пузыре, головном мозге, кишечнике и желудке, почках и позвоночнике, суставах и нервах, производил гинекологические и глазные операции, что было новаторством в то время. Особое внимание его привлекали две наиболее острые проблемы, стоящие перед хирургом первых десятилетий 20-го века- гнойные процессы и адекватное доступное в небольших больницах обезболивание, что и отразилось на выборе направлений его научной работы. Как отмечают соратники, мастерство хирурга было виртуозным. Доскональное знание анатомии и точность действий во время операции позволяли выполнять оперативное вмешательство быстро, с минимальной кровопотерей и отличными результатами. Доктор Браницкая рассказывает: «В операционной Войно-Ясенецкий работал спокойно, говорил с персоналом тихо, ровно, конкретно. Сестры и ассистенты никогда не нервничали на его операциях».

О манипуляционных способностях хирурга свидетельствует факт, рассказанный сыном – Валентином: «Тончайшее чувство осязания, очевидно, было врожденным у отца. Он, как-то, беседуя с нами, его детьми, на эту тему, решил доказать нам это «на деле». Сложил десять листков тонкой белой бумаги, а затем попросил давать задания: одним взмахом острого

(это было обязательным условием!) скальпеля разрезать любое количество листов. Опыт оказался весьма удачным. Мы были поражены!». В тяжелые годы ссылки профессор Войно-Ясенецкий, по мере возможности, продолжал активную хирургическую деятельность, причем операции выполнялись в полном смысле подручными средствами в непригодных помещениях и основывались только на мастерстве хирурга. Так, в Сибири пришлось делать полостную операцию крестьянину перочинным ножом, а рану зашивать женским волосом, причем нагноения не было.

Так, сохранились для истории многочисленные случаи излечения больных с трахомой, катарактой, остеомиелитом. На Енисее в то время свирепствовала трахома. Из-за этой болезни многие местные жители: кеты, селькуны, эвенки — теряли зрение. Бывший начальник Енисейского пароходства И.М. Назаров передает слова, слышанные в тридцатые годы от погонщика-эвенка Никиты из Нижнего Имбацка: «Большой шаман с белой бородой пришел на нашу реку, поп-шаман. Скажет поп-шаман слово — слепой сразу зрячим становится. Потом уехал поп-шаман, опять глаза у всех болят». В ссылке профессор сделал экстракцию врожденной катаракты трем слепым маленьким мальчикам-братьям и сделал их зрячими. Старик-тунгус, полуслепой от трахомы, которому был исправлен заворот век пересадкой слизистой оболочки по-прежнему стреляет белок, попадая прямо в глаз. В годы войны профессор был назначен главным хирургом эвакогоспиталя 15-15 в Красноярске. Коллеги вспоминают: «Мы, молодые хирурги, к началу войны мало что умели делать. На Войно-Ясенецкого смотрели мы с благоговением. Он многому научил нас. Остеомиелиты никто, кроме него, оперировать не мог, а гнойных ведь было — тьма! Он учил и на операциях, и на своих отличных лекциях. Лекции читал в десятой школе раз в неделю». Помимо того, что епископ Лука много оперировал, он должен был консультировать во многих госпиталях. Согласно списку консультаций, данных хирургом за три недели 1942 года, профессор побывал в семи госпиталях, осмотрел более восьмидесяти человек. Приезжавший в госпиталь 15-15 инспектор всех эвакогоспиталей профессор Приоров говорил, что ни в одном из очень многих госпиталей, которые он объезжал, он не видел таких блестящих результатов лечения инфицированных ранений суставов, как у Владыки Луки Войно-Ясенецкого.

Множество врачей с радостью учились у епископа Луки. Профессор требовал, чтобы врачи всегда делали все возможное, чтобы спасти больного, говорил, что они не имеют права даже думать о неудаче. Епископа-хирурга всегда возмущали случаи непрофессионализма, невежества во врачебной работе, от которых страдали люди и которые, к сожалению, нередки. Владыка Лука не терпел равнодушия к медицинскому долгу.

Сыновья Владыки стали известными учеными. Михаил — анатом, доктор медицинских наук, профессор; Валентин занимался офтальмологией и патанатомией, также профессор, доктор медицинских наук. Алексей — один из старших научных сотрудников и один из основателей института эволюционной физиологии и биохимии имени И.М. Сеченова, доктор биологических наук.

4. Бескорыстие, сердечность

Считаю уместным процитировать ряд высказываний профессора Войно-Ясенецкого:

«Главное в жизни — всегда делать людям добро. Если не можешь делать для людей добро большое, постарайся совершить хотя бы малое». Многие врачи рассказывали, что отец Валентин всегда с большой любовью и глубоким вниманием относился к каждому больному человеку, что его отношение к больным «было идеальным».

«Для хирурга не должно быть «случая», а только живой страдающий человек.»

Приступая к операции, надо иметь в виду не только брюшную полость, а всего больного человека, который к сожалению, так часто у врачей именуется «случаем». Человек в смертельной тоске и страхе, сердце у него трепещет не только в прямом, но и в переносном смысле.»

«В делах, требовавших нравственного решения, Валентин Феликсович вел себя так, будто вокруг никого не было. Он всегда стоял перед своей совестью один. И суд, которым он судил себя, был строже любого трибунала».

Владыка Лука не отказывал в помощи самым сирым и убогим, не брал ничего за лечение, мог целыми днями возиться с хворыми и грязными деревенскими ребятишками.

Однажды Владыка Лука заметил на ступеньках городской больницы девочку-подростка и маленького мальчика. Чуткий к чужим бедам, он тотчас заподозрил неладное и подошел к детям. Выяснилось, что их отец умер, а единственный в городе близкий человек — мать — в больнице и, очевидно, надолго. Лука повел детей к себе в дом, нанял женщину, которая ухаживала за ними, пока не выздоровела их мать.

Девочка (ее звали Шура Кожушко) которой было тогда пятнадцать-шестнадцать лет, стала помогать Владыке Луке на врачебных приемах. Она быстро освоила основы медицины и через год, не поступая ни в какое учебное заведение, стала хорошей медицинской сестрой. Мудрый подвижник, никогда не поступающий совестью, оставил о себе восторженные воспоминания у тысяч людей.

Он не совершал сверхъестественных чудес, не оживлял мертвых, не сотворял знамений - только делал то, что следовало делать, смиренно нес предназначенный ему крест. И за этот молчаливый ежедневный подвиг люди признали врача-архиепископа святым.

5. Научное наследие

Две первые научные статьи были записаны в земской больнице: «Элефантиаз лица, плексиформная неврома» и другую — «Ретроградное ущемление при грыже кишечной петли».

В те годы крайне несовершенный общий наркоз часто был по словам доктора Войно-Ясенецкого «несравненно опаснее самой операции», и в применении такого совершенного метода местного обезболивания как регионарная анестезия была огромная практическая потребность, особенно

же у земских врачей. В 1908 – 1909 гг. в журнале «Хирургия» появляются первые научные работы В. Ф. Войно-Ясенецкого, посвященные вопросам обезболивания. В 1916 году была защищена докторская диссертация о регионарной анестезии. Следует отметить, что для выполнения работы автор выучил еще и французский язык и проработал около пятисот работ на французском и немецком языках. Интересен был отзыв профессора Мартынова. Он сказал: «Мы привыкли к тому, что докторские диссертации пишутся обычно на заданную тему с целью получения высших назначений по службе и научная ценность их невелика. Но когда я читал вашу книгу, то получил впечатление пения птицы, которая не может не петь, и высоко оценил ее».

Монография Владыки Луки – действительно классический, фундаментальный труд, охватывающий практически все аспекты гнойной хирургии. Материал книги изложен необыкновенно ясно четко, понятно и вместе с тем высокопрофессионально. Так мог писать только человек, который сам начинал работать без практической помощи и руководства.

Те, кто считали Войно-Ясенецкого, посвященного в сан, «погибшим для науки» были, вероятно, обескуражены, повстречавшись с о. Валентином на первом научном съезде врачей Туркестана в Ташкенте в 1922 году, где священник-хирург выступил с четырьмя большими докладами и десять раз брал слово в прениях, имея большой научный и практический опыт.

Сидя в тюремном заключении, он завершил первый том «Очерков гнойной хирургии». На титульном листе автор вывел: «Епископ Лука. Профессор Войно-Ясенецкий». Все сбылось, как он и задумал.

Этой книге была суждена долгая жизнь. В годы Великой Отечественной войны она спасла жизнь тысячам раненых, а ее автор был удостоен Сталинской премии I степени.

Публикация в 1934 г. «Очерков гнойной хирургии» вызвала всеобщий интерес. До эпохи антибиотиков, когда не было другой возможности бороться с гноем кроме хирургической, книга была просто необходима, а, имея ее, молодой специалист или просто хирург, не гнойный, могли осуществлять сложные операции в нелегких условиях земской больницы. Многие ученые отмечают, что «Очерки гнойной хирургии» написаны с большой любовью к страдающему человеку и с большой любовью к читателю.

Восторженный отзыв о книге дал выдающийся хирург И. И. Греков. С тех пор, вот уже более 40 лет, ни одна сколько-нибудь значительная работа по гнойной хирургии не появляется без ссылок на «Очерки гнойной хирургии» и ее автора..., « – писал в 1977 году В. И. Колосов («Вестник хирургии», №9). Тираж книги расходился мгновенно. Книга выдержала уже 5 переизданий.

В 1946 году была получена Сталинская премия Первой степени за книгу «Очерки гнойной хирургии» и «Поздние резекции при инфицированных». Всего за первые двенадцать лет своей хирургической деятельности будущий Владыка Лука опубликовал девятнадцать из сорока двух своих научных работ.

6. Последователи

К сожалению, очень много медицинских задач, решению которых посвятил свою жизнь профессор Войно-Ясенецкий, остались актуальными. И если удалось победить ряд заболеваний (например трахому), с осложнениями которых боролся Валентин Феликсович, глобальная проблема взаимоотношения врача и больного не решена окончательно. Однако, в последние годы, этому вопросу стали уделять все больше внимания, появились люди, которые считают необходимым лечить больного не только скупыми медикаментозными назначениями или операцией, но и целить душу, помогать духовно, что гораздо сложнее. И в этом направлении предстоит много работы, ибо как сказал Иисус, указывая ученикам на поля созревшей пшеницы: **Жатвы много, а делателей мало.**

Литература:

1. Силуянова И. Этика врачевания. Современная медицина и православие. Издательство Московского Подворья Свято-Троицкой Сергиевой Лавры, Москва. – 2001. – 319 с.
2. Войно-Ясенецкий В. Ф. (Архиепископ Лука). Очерки гнойной хирургии. – М.: СПб.: ЗАО «Издательство БИНОМ», «Невский Диалект», 2000. – 704 с.
3. Кассирский И. Воспоминания о профессоре В. Ф. Войно-Ясенецком // Наука и жизнь, 1989 г., №5. – С. 76-88.
4. Лисичкин В. А. Жизнь и творчество Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого. В кн. В.Ф.Войно-Ясенецкий (Архиепископ Лука). Очерки гнойной хирургии. – М.СПб.: ЗАО «Издательство БИНОМ», «Невский Диалект», 2000. – С.673-704.
5. Поповский М. «Жизнь и житие Войно-Ясенецкого, архиепископа и хирурга». – Париж: YMKA-PRESS, 1979.
6. Войно-Ясенецкий В. Ф. Автобиография (Из кн. «Я полюбил страдание») / [Электронный ресурс] – Режим доступа (от 29.05.2019): <https://lib.pravmir.ru/library/book/910>
7. Святой со скальпелем хирурга / [Электронный ресурс] – Режим доступа (от 29.05.2019): <http://klin-demianovo.ru/http://klin-demianovo.ru/analitika/127251/svyatoy-so-skalpelem/>

Секція І.
ПИТАННЯ РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ У ЖИТТІ І ТВОРЧОСТІ
СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ (В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦЬКОГО)

Алексесенко А. П.,
Харківський національний медичний університет,
apalexeeenko46@gmail.com

ЛІКАРЮВАННЯ ЯК ВТІЛЕННЯ «ФІЛОСОФІЇ СЕРЦЯ»
В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦЬКОГО

Тема серця є однією з головних проблем, що цікавила українських мислителів (Г. Сковороду, П. Юркевича, Д. Чижевського, М. Гоголя, П. Куліша). Попри розбіжності в їхніх поглядах на дану проблему, усі вони намагаються осмислити серце як особливий центр духовного життя людини, укажати на його духовну цінність. Особливе місце серед цих філософських роздумів посідає позиція видатного хірурга В.Ф. Войно-Ясенецького (святителя Луки).

Майже кожен, хто звертається до філософського осмислення образу серця, посилається на слова Священного Писання, де серце згадується мало не на кожній сторінці. Насамперед відзначається всеохоплююча роль серця у сфері почуттів: воно «веселиться» і «радіє», «перебуває у скорботі» та «рветься від злості», у ньому «гніздиться гнів і прелюбодійна пристрасть», оселяються «зневага», «сміливість», «страх» тощо. Тому усе це свідчить про повноту відчуттів, властивих серцю. Однак «філософія серця» наголошує передусім на те, що серце наділене найвищою здатністю відчувати Бога. Про це говорить апостол Павло в Афіньському Ареопазі: «...щоб Бога шукали вони, чи Його не відчують і не знайдуть, хоч Він недалеко від кожного з нас» [1, с.165.]. Думки про благодатний вплив Духу Божого на серце виголошували не раз подвижники благочестя і преподобні. Серце – символ. Це духовний орган, що належить внутрішній людині, іншій, не фізичній, а тонкому планові матерії. Дана ідея присутня в працях усіх мислителів, які розвивали «філософію серця».

Християнська традиція розуміння серця знайшла своє втілення в праці святителя Луки (В.Ф. Войно-Ясенецького) «Серце як орган вищого пізнання», де присутні погляди лікаря і священнослужителя. Такий своєрідний синтез дозволив йому дати чітке розмежування в розумінні серця: фізичне – душевне – духовне. Духовне серце наділене найвищою здатністю: воно відчуває Бога. Про це йдеться у Священному Писанні, де серце визначено як центр нашого духовного життя та богопізнання. Для цього серце має бути чистим, бо лише тоді сім'я Боже сіється в нього і зберігається в ньому. «Серцем виконуються найвищі функції духу людського – віра в Бога і любов до нього» [2, с. 32]. Тільки через ці функції відбувається благодатний вплив Духу Святого на розум. Само ж серце «має дивовижну, найважливішу здатність отримувати зі світу духовного екзогенні, аніскільки не адекватні органам чуттів відчуття найвищого порядку» [2, с. 38].

В.Ф. Войно-Ясенецький вважає серце другим органом сприйняття, пізнання і думки. Серцю доступне те, що Б. Паскаль назвав «відчуттям тонкостей», «відчуттям суджень», «почуттям натхнення», а А. Бергсон – інтуїцією. Саме тому Б. Паскаль стверджує, що серце має свої причини, невідомі розумові. І додає: «Серце відчуває Бога, а не розум». Святитель Лука вважає, що пізнання духовного життя недоступне інтелектуалізму, який зорієнтований на пізнання предметів довколишнього світу, світу фізичного, доступного нашим органам чуття. На підтвердження своєї позиції він апелює до фізичного вчення І.П. Павлова. Досліджуючи лобні доли мозкових півкуль, фізіолог не знайшов там ніяких особливих приладів, які б засвідчили досконалість вищої нервової діяльності. Тому мозок не можна вважати органом чуття. Таким органом є серце.

У роздумах про людину святитель Лука посилається на усталену традицію про трискладовий характер людської природи: дух, тіло, душа. Тіло – це те, що споріднює людину з усією природою, душа – з тваринним світом, і лише дух – специфічна ознака людини. Перебуваючи в міцному сплетенні з душею й тілом, дух незалежний. Він безсмертний і передує появі людини на світ. Дух творить форму людських тіл. «Дух грубий і жорстокий, – пише В.Ф. Войно-Ясенецький, – уже в процесі ембріогенезу спрямовує розвиток соматичних елементів і створює подібні до нього грубі, огидні форми. Дух чистий і лагідний творить собі сповнене краси й ніжності житло. Згадаймо мадонну Рафаеля, Джоконду Леонардо да Вінчі» [2, с.60].

Запевняючи, що серце є найважливішим органом чуття, В.Ф.Войно-Ясенецький пише, що, як не сумнівно це для невіруючих, серце може сприймати певні навіювання, просто-таки глаголи Божі. І це перевага не лише святих. Далі він оповідає, що сам не раз відчував це під час читання Священного Писання, коли раптом складалося враження, ніби ці слова Божі були звернені саме до нього. Однак людина має бути готовою до подібного сприйняття.

На цей час фігура В.Ф. Войно-Ясенецького найбільш яскраво представила коадаптацію науки і релігійного світогляду в переломну епоху трагічного ХХ ст. В основі «філософії серця» лежить його практика лікування. Лікування як матриця «філософії серця» будується на трьох екзистенціалах – вірі, надії, любові. З одного боку, В.Ф. Войно-Ясенецький лікував тіло, а з іншого – займався лікуванням душі. У цьому полягала сутність його практичної діяльності: поєднання лікаря і священнослужителя, великий сенс його подвижництва. Лікуючи тіло, він давав надію людині як унікальному явищу знайти сенс життя. У людини з'являлася потреба не тільки усвідомити своїм серцем і душею сенс свого життя, а і реалізувати його в подальшому.

У той же час цей сенс життя був закладений у його проповідях. Відродження життя дозволяло людині подолати страх, перш за все страх смерті. У своїх проповідях святитель Лука звертав особливу увагу на те, що в душі людини не повинно бути місця рабському страху: «Тільки рабський страх можна вважати не позитивним, а негативним, що заслуговує не схвалення, а осуду... Страх божий – благоговіння... Це чистий і святий страх. І якщо такий страх наповнює серця наші по відношенню до людей, то наскільки незмірно більшим має бути наш страх, наше трепетне благоговіння перед Богом

Всемогутнім, перед Самою Любов'ю, перед Самою Правдою?!» [3, с. 95-96].

Проповіді святителя Луки були особливою технологією його лікарювання. Основи такої технології лікарювання формувалися протягом тисячоліть існування медичної практики. Основне завдання лікарювання максимально співпадає з призначенням «робити добро», з християнськими цінностями милосердя, людинолюбства та збереження життя. Лікарювання – це організоване здійснення добра. Добро за своєю суттю має божественне походження. Не випадково, перша модель соціального інституту охорони здоров'я була реалізована саме в християнських монастирях.

Святитель Лука у своїй діяльності втілював християнські вимоги до лікаря, які базувалися на самовідданій праці, в основі якій лежить любов до Бога і ближнього. Він усвідомлював, що глибокий сенс діяльності лікаря включав не тільки лікарювання, а і виховання людини, піклування її про свою душу. Людина повинна бути вихована не тільки як істота розумна, але і духовна. Свого часу доктор медичних наук, професор І.П. Неумивакін підкреслював, що медицина у своєму технократичному підході до вивчення людини розділила її на десятки, сотні діагнозів, а за ними людина, як загалом цілісна структура, зникла, була загублена. Звідси зникає і уявлення про святість людського життя, про таємницю людського існування, яке полягає в тому, що людина є причетною до Божеського ества.

Сучасні технології привели до того, що людина не здатна культивувати в собі душевність. Технологічно заклопотана людина не має духовності, вона в неї відсутня. Про небезпеку такої технологічної мутації людини пише М. Епштейн: «Усе, що людина створила навколо себе, тепер заново інтегрує в неї ... Але чи означає це смерть або торжество людського? Ця потенційно «всюдисуща» і «завждисуща» людина – чи залишиться вона людиною в колишньому сенсі? Чи буде вона любити, страждати, сумувати, надихатися? ... Чи можна мати швидкість світла і зберігати тугу за домівкою? ... проникати поглядом в жирову клітковину, у будову внутрішніх органів і одночасно насолоджуватися дотиком до шкіри іншої істоти? ... знати про інше «все» – і одночасно любити його? ... бути інформаційно прозорим для інших – і одночасно зберігати почуття сорому? Як бути цілком людиною і цілком машиною, не вбиваючи в собі одного іншим?» [4, с.125-127].

У час розквіту технології легко забути, що сутність медичної професії була визначена з початку людської цивілізації, починаючи від Гіппократа. Майбутній розвиток лікарювання пов'язаний з поверненням до тих витоків, які сформувалися протягом тисячоліть і які знайшли своє втілення в духовному світорозумінні. Духовний вимір є такою складовою природи людини, яка не вивчається в медичних університетах і далеко не завжди сприймається лікарями. Духовний аспект буття людини становить ту частину людського існування, яка повинна бути врахована, якщо лікар прагне адекватно усвідомити фундаментальні основи здоров'я, хвороби та розвитку людини, адже духовна сторона життя людини пропорційно пов'язана з хворобою та здоров'ям. По це постійно розмірковував святитель Лука (В.Ф. Войно-Ясенецький).

Дар цілителя святителя Луки – це те, що давалося йому по його вірі. Саме віра, в основі якої лежить «філософія серця», дозволяла йому

дивитися на пацієнта набагато ширше багатьох його колег: бачити у хворому не тільки хворе серце, але і розпізнавати хвору душу. Невипадково одна з його книг має назву «Дух, душа, тіло». Він став фактично першим вченим і лікарем, який саме з медичної точки зору написав про те, що дух людини – це її живильна сила, що цим вона відрізняється від тварини і що цей дух лікар не має права ігнорувати при роботі з хворим. Фактично святий Лука першим сформулював, якщо можна так висловитися, і здійснив на практиці світосприйняття православного лікаря, згідно якого звертати увагу не тільки на тіло, але й на дух – дуже важливо.

Фігура святиителя Луки (В.Ф. Войно-Ясенецького) демонструє собою гармонію релігійного світогляду, лікаря, розуму, які знайшли своє поєднання в «філософії серця». Святий Лука (В.Ф. Войно-Ясенецький) поєднав у своєму житті пастирське і лікарське служіння, а у своїх руках – хрест і скальпель. Усім своїм земним життям він довів той факт, що наука і релігія взаємно доповнюють одна одну. Добре знайомі слова святиителя Луки про себе «не пробуйте розділити хірурга і єпископа. Образ, поділений надвоє, неминуче виявляється хибним». Палке бажання допомагати людям і відданість медицині та релігії привели його до усвідомлення того, що лікування людського тіла необхідно починати зі зцілення його душі. В.Ф. Войно-Ясенецький чітко усвідомлював, що його покликання полягає в тому, щоб допомогти людині знову знайти втрачену гармонію і ту досконалість, до якої покликана людина.

Література:

1. Біблія або Книги Святого Письма Старого й Нового Заповіту / Українське біблійне товариство. 1993. 296 с.
2. Архієпископ Лука (Войно-Ясенецький). Дух, душа, тело. Симферополь, 2003. 136 с.
3. Святий Лука (Войно-Ясенецький). Спешите идти за Христом! Полтава, 2001. 240 с.
4. М. Н. Эпштейн. Знак пробела: о будущем гуманитарных наук. Москва, 2004. 864 с.

Кулагіна-Стадніченко Г. М.,
Інститут філософії імені Г. С. Сковороди НАН України,
a_kulagina@ukr.net

РЕЛІГІЙНА ТА СВІТСЬКА ДУХОВНІСТЬ: КОНФЛІКТ ЧИ ВЗАЄМОДОПОВНЕННЯ?

Зазвичай, під релігійністю розуміють формальні показники проявів релігійної віри, які можна обчислити соціологічними методами, з'ясувавши ступінь, рівень, характер суб'єктивного засвоєння релігійних ідей, цінностей, норм або їх вплив на поведінку віруючих спільноти. Соціологічне визначення ступеня, рівня, характеру релігійності уможливорює класифікацію та

типологізацію віруючих за ознаками, а також виявляє стан, динаміку у певному населеному пункті чи соціально-демографічній групі.

Натомість, ціннісно-життєва орієнтація суб'єкту віри як якість його свідомості, його внутрішня здатність до реалізації релігійних установок, що виявляється у способі поведінкових дій, підпадає під визначення релігійної духовності. Тут слід погодитись з класиком психології Л. Божович, яка під духовністю розуміє розвиток особистості завдяки власній активності, де розвиток постає саморозвитком, а активність виступає способом організації самопізнання та саморозвитку у межах життєдіяльності індивіду. Духовність – це й категорія людського буття, що виражає його здатність до творення культури та самотворення, де прояв творчих потенцій індивіда як духовної істоти свідчить про важливість в цьому процесі не лише мисленнєвої діяльності, а й вольових зусиль.

При цьому поняття «духовність» та «релігійна духовність» відрізняються не змістовним наповненням, а мотивацією на рівні формування поведінкових дій людини, тими чинниками, пріоритетами, що обумовлюють віднаходження індивідуальних сенсу та способу життя. Ми принципово поділяємо точку зору щодо теоцентричності релігійної духовності та, відтак, антропоцентричності духовності світської. Крім того, характерною властивістю релігійної духовності є присутність релігійного досвіду. Зауважимо й на тому, що аксіологічний потенціал релігійної духовності ґрунтується на абсолютних цінностях, йому не властивий релятивістський підхід у осмисленні антиномій сучасності. Релігіями пропонується цілком певне розуміння понять гріха, зла, совісті, покаєння, моральної свободи, страстей та добродійності, богоподібності, виходу із ситуації «розірваності» людського буття, що відрізняється від світського їх тлумачення, скажімо, психологічною наукою.

Так, психотерапевти ставлять метою своєї практичної діяльності різноманіття та багатство життя конкретної людини, прагнуть звільнити індивіда від будь-яких обмежень, що накладаються на нього соціальною організацією. Психологія допомагає «узгодити людину саму з собою», реалізувати таким чином заклик бути щасливим. Натомість релігія сприяє і, навіть більше того, - вимагає від людини жити відповідно до деяких абсолютних законів, приміром, згідно із «словом Божим».

Одним з важливих понять релігії постає гріх. Гріховним є не зважати на абсолютні моральні закони, викладені, приміром, у десяти заповідях Старого Завіту. Гріх залишається таким навіть тоді, коли дозволяє людині реалізувати скриті бажання, що полегшує її психологічний стан. Іншими словами, з точки зору релігії, цілком виправданий психологічний дискомфорт особи при реалізації праведних цілей. Водночас психологія не знає поняття гріха. Психотерапевт може вжити слово «гріх» лише у контексті суб'єктивного переживання його людиною, її проблеми, і в жодному разі це не буде оцінюванням з позиції об'єктивних законів моральності. Згідно з психологією, погане те, що не дозволяє особі жити, любити, працювати, а добре те, що звільняє від перешкод для життя. З огляду на це, поведінка психотерапевта та священика відрізнятиметься. Священик може й повинен вказати людині на її гріх. Психотерапевт буде апелювати до іншої, і єдиної з точки зору психології, цінності - внутрішнього благополуччя

особи, та стверджувати, що дії індивіда шкідливі для нього самого.

Вказуючи на суперечливість людської природи, релігія та психотерапія прагнуть відновити цілісність буття особи. Однак здійснюють це принципово по-різному. Релігія викриває подвійну природу людини, оцінює її, закликає перемогти одну з них, а саме: подолати гріховне начало та найповніше втілити образ Бога.

Протиставленням людських сутностей психологія зобов'язана З. Фрейду. Засновник психоаналізу практично розіграв «диявольський варіант», а саме: джерело зла вбачав у «моральному законі», у табу, у Над-Я, яке від тілесного Воно вимагало безумовного підкорення. Вихід із ситуації, за З.Фрейдом, полягає у звільненні природного Воно від влади Над-Я. Сучасні напрями психології також надають значної уваги відсутності цілісності особи. Однак нині психологи уникають оцінювати «відторгнені частини Я», для досягнення цілісності пропонують людині «інтегрувати субособистості», тобто прийняти свої негативні емоції: роздратування, агресію, гріховні бажання, тощо.

Натомість священник не засуджує людину, оскільки вбачає в ній «іскру Божу», але не приймає її гріх, зважаючи на дії нечистої сили. Для психотерапевта такий підхід слугуватиме ознакою непрофесіоналізму внаслідок посилення внутрішнього роздвоєння людини.

Релігія пропонує людині особливий шлях спасіння, що передбачає дотримання заповідей, віру, здійснення добра. Психологія обстоює власний шлях індивіда, незалежно від аксіологічної цінності останнього. Приміром, гуманістична психологія наголошує на самоактуалізації, самореалізації, особистісному зростанні, що означає повну реалізацію внутрішніх потенцій особи, генерування альтернативних способів життя. Для психологів не існує «шкідливих» переживань, адже вони дають деякий досвід для особистісного зростання.

Таким чином, ідеологія психотерапії надто відрізняється від релігійної, яка вимагає від людини наслідувати певний шлях. Внесення до психології ідеї Бога чи звичайної моральної системи перетворює її на світоглядну дисципліну (на кшталт філософії, етики, релігії). А це лише підтверджує тезу: «Богу – Боже, а кесарю – кесарево».

Присухін С. І.,
ДВНЗ «Київський національний економічний університет
імені Вадима Гетьмана»,
prysukhinsergiy@gmail.com

СВЯТИТЕЛЬ ЛУКА: СПОВІДЬ БІОГРАФІЄЮ

Святитель Лука (Валентин Феліксович Войно-Ясенецький) народився 27 квітня 1877 р. в м. Керчі в багатодітній родині провізора. Освіту здобув у Києві, куди після Керчі й Кишиніва переїхала сім'я Войно-Ясенецьких. Він навчався у 2-й Київській гімназії і мріяв стати художником. Деякий час опановував малярство в приватній школі в Мюнхені (Німеччина). В 1896 р.

вступив на юридичний факультет Київського університету св. Володимира, але після вивчення права і довгих роздумів про своє майбутнє юнак вирішив стати лікарем, щоб захищати людське життя.

У 1898 р. Валентин Войно-Ясенецький вступив на медичний факультет, який закінчив у 1903 р. Після закінчення університету розпочав лікарську практику, але вже наступного року, після початку російсько-японської війни, у складі Київського лазарету Червоного Хреста відправляється на Далекий Схід як хірург-практик. До 1916 р. працював у земських лікарнях Симбірської, а згодом Курської губерній, де відбувалося його професійне становлення як хірурга широкої спеціалізації та водночас як медика-науковця. В 1916 р. В.Войно-Ясенецький захищає в Московському університеті дисертацію на ступінь доктора медицини. В 1917 р. у зв'язку з його призначенням головним лікарем і хірургом Ташкентської міської лікарні переїздить з родиною до Узбекистану. Вже через два роки помирає від туберкульозу його дружина, залишає йому під опіку четверо малолітніх дітей. Після смерті дружини Войно-Ясенецький прагнув забути горе у роботі, але при цьому не нехтував відвідуванням православної церкви, брав участь у богословських зборах, вивчав православну теологію і богослов'я.

В 1921 р. на день Стрітіння Господнього він був рукопокладений у сан диякона, і ще через тиждень — став пресвітером. Водночас В.Войно-Ясенецький розпочав священниче служіння у Ташкентському кафедральному соборі. Святіший патріарх Тихон, підтверджуючи священницький чин Валентина Феліксовича, рекомендував йому не залишати наукової та медичної діяльності. Так у церкві з'явився священник-лікар, який мав надзвичайний авторитет серед мирян та інших місцевих жителів. Вже у 1923 р. у складний для Церкви час отець Валентин прийняв чернецтво та взяв ім'я Луки. У тому ж році він прийняв архієрейський сан, що підтвердило його вибір служіння Богові. Ім'я Луки було обрано ним не випадково, в християнській традиції Лука — апостол та євангеліст також був лікарем і художником, який написав перші ікони Богоматері.

Вірний послідовник патріарха Тихона, архієпископ Лука став на шлях мучеництва, адже в ті часи стати одним із очільників церкви означало перебувати під постійною загрозою арешту і навіть мученицьку смерть за віру. В одному зі своїх листів він так охарактеризував цей переломний вибір: «Я полюбив страждання ... що так дивовижно очищує душу», власне, ці слова полягли червоною ниткою через усе життя архієпископа Луки [1]. Через 10 днів після його першої архієрейської служби він був заарештований за звинуваченням у зв'язках із оренбурзькими козаками-контрреволюціонерами та шпигунстві на користь Англії. Загалом 11 років Войно-Ясенецький провів у засланнях і тюрмах. Після тримання в Ташкентському ГПУ його як злочинця перевели до Москви (в Бутирку). Згодом везуть в Красноярськ, Туруханський край. Отець Лука проповідував слово Боже, молився за всіх нужденних і гнаних, лікував усіх без винятку. Свій дар до зцілення він уважав містичним дарунком від Бога і для Бога — допомагав усім, хто потребував допомоги. В творчих доробках, листах, проповідях було відчутне особливе переживання містичних прозрінь, симпатія і нотки підтримки до несправедливо засуджених людей.

Він ніколи не відмовляв у благословенні тим, які просили його, наголошуючи на тому, що абсолютно грішних перед Богом немає — Бог милосердний і терпеливий до всіх, а гріх, зло, насильство, кривди з боку недосконалих осіб необхідно долати тільки каяттям, прикладом власного терпіння і страждання, а отже, власною праведністю і святістю. Аргументував і тим, що кожна людина має два сутнісні вияви — тілесний і духовний. Духовну інфекцію необхідно долати тільки силою Божих істин (Вірою, Надією і Любов'ю) для того, щоб урятувати і відновити в грішній людині все, що залишилось від Бога: «Якщо ви звільните члени свої від гріховних оков і навернетесь до Бога, то плодом цієї зміни буде святість, кінцем — життя вічне, якому нехай сподобить всіх тих, що каються, всемілостивий і всепрощаючий Христос Бог наш. Амінь» [2, с. 82].

У 1926 р. закінчується це заслання. Відвідує батьків в Черкасах. В 1927—1930 рр. перебуває в Ташкенті, в Церкві служить таємно, але роботи для хірурга немає. В 1930 р. його заарештовують знову, нове заслання в Котлас, а потім в Архангельськ. Тут дозволяють оперувати тільки в поліклініці, але не в лікарні.

В 1934 р. повернувся в Ташкент, але постійної роботи знову немає, тому переїздить в Андижан, де принагідно оперує. В цей час виходять з друку «Нариси гнійної хірургії». В 1935—1936 рр. В.Войно-Ясенецький очолює в Ташкенті Інститут невідкладної хірургії. В 1937 р. за бальзамування тіла померлої доньки колеги його заарештували знову за «мракобісся» і «контрреволюцію» в медицині. Проїшов через конвейєр допитів — оголошував голодування, незгідний з брехнею і безглуздими звинуваченнями.

1940-й рік — отримав новий термін заслання на 5 років. Був вивезений в Сибір до селища Велика Мурта. Професору надали роботу в місцевій поліклініці. Молився на узліссі, бо церкви були знищені. В 1942 р. стає архієпископом Красноярським. Служіння на Красноярській кафедрі він поєднував із напруженою працею хірурга та науковою діяльністю. В 1943 р. відбулися зміна терміну заслання і водночас призначення єпископом Тамбовської єпархії. Працює в лікарні хірургом, оперує в госпіталях, стає відомим своїм чудесним професійним даром ставити діагнози, лікувати нужденних і приречених на смерть. Відомо, що авторитет лікаря-священника був такий високий, що хворі отримували надію на одужання, навіть коли просто торкалися до його облачення під час богослужіння.

Набутий досвід лікування гнійних поранень та пізніх операцій при інфікованих ранах великих суглобів лягли в основу праці «Гнійна хірургія» (1946 р.), за яку В. Войно-Ясенецькому присвоїли Сталінську премію.

В 1945—1947 рр. В. Войно-Ясенецький закінчив роботу над есеєм «Дух, душа і тіло», який започаткував ще в 20-х рр. В книзі аналізує проблему посмертного життя людської душі; акцентує на метафізичному зв'язку між тілом і душею, існуванням Духу. На його думку, душа і Дух спрямовують людське життя до добра. Життя мозку і серця також скоординовані на добро і припиняють генерувати його, коли людина помирає. Душа людини після смерті рухається або до світла, або від нього. Дорога і вибір такого шляху запрограмовані земним життям людини. Всяка людина самостійно вибирає (і відповідає) за обраний шлях (вибір на користь Духа Святого). Душа злої

людини без Бога перебуває під впливом гріха і сатани. Душа грішника приречена на темряву і смертні муки [3].

В 1946—1961 рр. В .Войно-Ясенецький повністю присвятив себе служінню церкві. Задавлена хвороба очей привела до повної втрати зору в 1958 р. Але фізична сліпота не завадила архієпископу проводити служби в храмі. Він сам без сторонньої допомоги приходив до храму, напам'ять читав молитви і цитував Євангелія. Продовжував керувати Сімферопольською єпархією, інколи приймав і консультував хворих, вражаючи місцевих лікарів точністю діагнозів і дієвістю запропонованих медичних призначень.

Земне життя архієпископа Луки завершилося 11 червня 1961 р. на День усіх святих. Після смерті він був похований у Сімферополі на цвинтарі біля храму Всіх Святих. І до сьогодні велика частина православних віруючих свято вірять у те, що архієпископ Лука, обдарований Святим Духом, чудесним способом продовжує допомагати всім нужденним людям, особливо хворим, приреченим на страждання від хвороб. Вони моляться біля його могили, сакралізують землю і освячену коло неї воду, вірять, що це обов'язково надасть полегшення і принесе зцілення.

22 листопада 1995 р. Синод Української Православної Церкви зарахував архієпископа Сімферопольського і Кримського Луку до лику місцевовшановуваних святих, як святителя й сповідника віри.

Література:

1. Святитель Лука. Архієпископ Сімферопольський і Кримський (професор Войно-Ясенецький). Я полюбив страждання... Акафіст Свт. Луці Кримському [текст]. — Глибока: «Благодатний Вогонь», 2013. — 188 с.
2. Лука Кримський (Святитель). Євангельське золото. Бесіди на Євангеліє (вибране) [текст]. — Львів: Видавець Бадікова Н. О., 2017. — 136 с. — ISBN 978-617-7193-11-0.
3. Архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий). Дух, душа и тело [текст] / По благословению Высокопреосвященнейшего Лазаря, архиепископа Симферопольского и Крымского. — 128 с.

Величко О. Б.,
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,
velichko.olen@ukr.net

АПОЛОГЕТ КОРДОЦЕНТРИЗМУ

Підіймаючись сходами морфологічного корпусу столичного Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця на одній із колон портику цієї споруди важко не примітити меморіальну дошку, на якій ушлявлено образ відомого випускника медичного факультету Київського університету

св. Володимира, доктора медичних наук, науковця в царині анестезіології та гнійної хірургії, архієпископа святителя Луку Войно-Ясенецького. Усім своїм життям, натхненною працею та щоденним трудівництвом він довів можливість поєднання на перший погляд сфер не поєднаних: науки та релігії, земного та небесного, вічного та плінного, богословських роздумів переповнених філософськими сентенціями з питань, які постали на часі для людини ХХ століття. У сучасній науковій та публіцистичній літературі постать святителя Луки як лікаря-науковця та відданого християнина – подвижника благочестя вже добре знана. Проте як філософ-богослов, який залишив по собі достатньо цілісне уявлення про людину як складний тілесно-душевно-духовний феномен, святитель Лука ще мало відомий. Роздуми св. Луки Войно-Ясенецького про людину як динамічне три-складне творіння та серце як вмістилище її розуму і стануть предметом роздумів.

В організмі людини серце виконує подвійну функцію: воно є не лише «центральним мотором кровообігу» [1, с.15], але й органом почуттів, органом вищого пізнання - спілкування людини з Богом-Творцем. Але ж які для такого твердження будуть аргументи? Як ревний християнин та богослов св. Лука посилається на Святе Письмо, згідно якого саме серце «мислить, розмірковує, пізнає» [1, 22-23]. «Коли мудрість увійде у серце твоє, і знання будуть приємні душі твоїй. Тоді розсудливість буде оберігати тебе, розум буде охороняти тебе» - читаємо у Притчах Соломонових (Притч.2, 10-11). Цитування подвижників благочестя, які практикою молитовного умного роблення¹ набирались духовного досвіду (св. Єфрем Сирий, св. Макарий Єгипетський та інші з текстів Добротолюбія або ж Філокалія²), стають іще одним аргументом для підтвердження думки про те, що: «серце керує усіма органами, і коли благодать займе усі відділення серця, панує над усіма помислами і членами, бо ж там ум і усі помисли душевні» [1, с.16]. Схожі судження святитель знаходить і у роздумах відомого математика, філософа Б. Паскаля та А. Бергсона. Обмеження пізнавальних можливостей раціоналістичного, або як Б. Паскаль називав - «геометричного розуму», має бути доповнене «почуттям тонкощів» - мисленням інтуїтивним, бо ж «серце, а не розум відчуває Бога» [1, с. 28]. Паскалівське «почуття тонкощів» А. Бергсон назвав «інтуїцією». Серце як «орган бажань та джерело волі, добрих та злих справ» [1, с. 22], уподібнюється св. Лукою посудині: «Серце нерозумного схоже на розбитий жбан і не утримує у собі ніякого знання» [1, с. 24].

Особливу увагу святителя привертає Євангелічний сюжет, коли два учні-апостоли йшли по дорозі із Єрусалиму в Еммаус і жваво обговорювали воскресіння Ісуса Христа, то у своєму попутнику вони не відразу впізнали

¹ Умне роблення (від ум – трансцендентально-духовний центр людини, відмінний від розуму і тіла; роблення – у значенні роботи-творіння Ісусової молитви) – практика творіння неперервної так званої сердечної або ж Ісусової молитви, яку аскет безперервно повторював протягом всього свого життя. Умне роблення є і однією із умов очищення душі аскета від гріха задля сходження на нього Благодаті і, від того, своєрідним знаряддям на шляху до синергії власних інтенцій-енергій та нетоварної енергії Божої – Благодаті.

² збірки духовних творів святих отців IV-XV століть, яка на слов'янську мову була перекладена саме прп. Паїсієм Величковським [2].

воскреслого Вчителя. А коли учні повернулись до Єрусалиму та сповістили про цю подію іншим апостолам, Ісус Христос явився посеред них. Одначе апостоли не мали віри побаченому і убоялися його як духа. Про цю подію в Євангелії згадує апостол Лука і формулює слова-звернення Ісуса Христа до своїх учнів таким чином: «Для чого такі думки входять в серця ваші?» [1, с. 25].). Над цим питанням св. Лука розмірковує не лише як богослов, але й як науковець. Шукаючи доказів наукового підтвердження богословських істин і відштовхуючись від питання ключового - Біблійного він формулює питання похідні - свої: «Як ці думки входять в серця ваші? Звідки входять? Якщо входять в серце, то значить не народжуються в ньому» [1, с. 25]. То ж що на рахунок вище перерахованих питань можуть відповісти сучасні фізіологія та фізика?

Як фізіолог та патологоанатом св. Лука відмічає, що серце тісно пов'язане з мозком. Добре відомо, що «...іннервація серця дивовижно багата та складна. Воно все сплетене сіткою волокон симпатичної нервової системи і через неї найтіснішим чином зв'язане з головним та спинним мозком» [1, с. 14]. Завдяки п'яти органам почуттів (як то: зорових, слухових, нюхових, тактильних та смакових³) через рецептори головний мозок людини отримує необхідну інформацію і, таким чином, формує сприйняття людиною як навколишнього світу, так і світу внутрішнього – людиною самої себе. Проте, «...крім звичних подразнень, адекватних нашим органам почуттів», на переконання св. Луки, «.. наш мозок і серце можуть сприймати значно більш важливі подразнення, які виходять із мозку та серця інших людей, тварин і усієї навколишньої нас природи і, що найважливіше за все, із невідомого нам трансцендентального світу» [1, с. 40]. Мова йде про нове, за св.. Лукою «шосте почуття», яке надає можливості людині сприймати «чисто духовну енергію», яку він ще називає «...первинною і першо-родовою усіх фізичних форм енергії, а через них і самої матерії» [1, с. 11], Чому матерії? Бо ж, посилаючись на вагомий досягнення сучасної фізики – корпускулярної теорії електрики: «...енергія не може зникати або утворюватись із нічого. Вона тільки може змінювати свою матеріальну оболонку, кількісно залишаючись тією ж самою» [1, с. 7]. Прикладом такого перетворення матерії в енергію він називає процес анігіляції (лат. Annihilatio - знищення, відміна), коли при низьких енергіях електрон-позитронної пари відбувається перетворення-випромінювання двох або трьох фотонів. Відповідно, зворотній процес отримав назву «матеріалізації», бо ж: «...енергія володіє масою, а маса належить деякій реальності – матерії» [1, с. 9]. Ось чому поряд з інфрачервоним та катодним промінням, радіохвилями, радіоактивністю та внутрішньоатомною енергією св.. Лука називає світло як «...також одну із форм електромагнітної енергії» [1, с. 7] та як символ «енергії духовної», здатність до сприйняття якої має саме людське серце. То ж які функціональні характеристики та можливості людське серце має?

- Серце - це орган чуттів та сприйняття духовної взаємодії, орган спілкування, зв'язку; тому серце - це і «центр нашого духовного життя та Богопізнання» [1, с. 20].

- Серце - це осереддя людської волі, «орган бажання, джерело волі,

³ св. Лука не згадує лише кінетичні – почуття рівноваги та положення тіла у просторі.

добрих та злих помислів» [1, с. 22].

- Серце – це орган пізнання людини, серце мислить, розмірковує, пізнає [1, с. 23] і є «сідалищем» (як місце знаходження) думки⁴.

Література:

1. Святитель Лука Войно-Ясенецкий Дух, душа, тело. М.: Образ, 2009. - 128 с.
2. Старец Паисий Величковский Об умной или внутренней молитве. Сочинение блаженного старца схимонаха и архимандрита Паисия Величковского настоятеля Нямецкого и других монастырей в Молдавии и основателя Русского Ильинского скита на Афоне переведено с славянского. Издание третье Афонского Русского Пантелеимонова монастыря. Москва, Типо-литография П. Ефимова, Большая Якиманка, собств. Дом. 1902. / [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.krotov.info/library/03_v/vel/ichkovsky_02.htm (загалвие с экрана)

Сухова Н. М., Крицький О. М.,
Національний авіаційний університет,
НМУ імені О. О. Богомольця,
n.s.nikas@meta.ua, gelovk@gmail.com

В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦЬКИЙ: ЛЮДИНА ПЕРЕД ВІЧНІСТЮ

Дивовижний життєвий шлях В.Ф. Войно–Ясенецького став яскравим зразком поєднання людиною медичної і релігійної практики. Видатний лікар, професор, лауреат Сталінської премії першого ступеня за наукову розробку нових хірургічних методів лікування гнійних захворювань та поранень, що викладені в наукових працях «Нариси гнійної хірургії» та «Пізнi резекції при інфікованих вогнепальних пораненнях суглобів», водночас є архієпископом що написав есе «Дух, душа, тіло». Вдача науковця допомогла Войно–Ясенецькому особливо віднести до питань релігійної віри. Зцілення хворих, воскресіння мертвих для нього є не порушення законів природи, а їх відновлення, оскільки «по закону гріха та спадковості, хвороба та смерть є закономірними. Але за початковим промислом, коли не було ще гріха, людина була створена для життя, і коли усувається причина, що викликає смерть (гріх), тоді знову відновлюється дія Божественної творчої сили. Природною дією цієї сили є не смерть, а життя і воскресіння» [1]. Між тим як сучасна медицина розглядає хворобу людини як результат діалектичної взаємодії організму та середовища, внутрішніх особливостей організму і зовнішнього впливу оточуючого середовища. Але ж зовнішні впливи, у більшості випадків, не в змозі породжувати захворювання при відсутності внутрішніх сприятливих умов.

⁴ У Біблійній енциклопедії слово «сідалище» вживається у значенні престолу як священного місця, як місця для сидіння. Звідси, як похідні, слова: «сідло», «сідниці».

Троїстість людського ества ствердилася в свідомості людства з часів раннього християнства. Античні уявлення про людину як єдність душі і тіла ще й досі мають місце в психології та психіатрії. Описуючи католицьку месу, К. Юнг стверджував необхідність подальших наукових досліджень феномену людської віри. Він писав, що «меса – ще й досі є живим Таїнством, коріння якого надходять до часів першого християнства. Чи є необхідність якось особливо підкреслювати, що своїм життям вона зобов'язана безпосередній психологічній дійсності. Настільки ж очевидно, мабуть, й те, що психологія може розглядати її лише на феноменологічному рівні. Реальність віри виходить за межі психології» [2, с.5]. На думку Войно–Ясенецького, кожна людина дорожить своєю вірою і нікому не дозволяє руйнувати її. Створюючи різноманітні вчення про устрій життя в державі, суспільстві, взаємовідносини між людьми в межах соціуму чи сім'ї, ми не можемо жити без віри. Так само і з релігійною вірою, але релігійно віруюча людина, на відміну від фанатично віруючої, не буде сліпо вірувати в будь-яке явище чи інформацію про щось. Релігійно віруюча людина завжди буде все перевіряти, оскільки в її світогляді є світ первинний (небесний) і світ похідний (земний). Якщо в первинному світі є закони для всього творіння, то в похідному вони завжди проявляться, будуть відкриті для людей по мірі розвитку їхньої свідомості та зрілості душі. Наприклад, якщо зараз людям стане доступний закон телепортації, чи підуть вони вирішувати екологічні проблеми сьогодення? Ймовірно, що поки зарано говорити про зрілість душі та міцність духу людини ХХ ст. Між тим, відносячись з повагою до будь-якої іншої віри, християни стоншують чуткість до того, що відбувається в серцях інших людей, віру яких грубо чи необережно хтось зачіпає. Бо саме здатність добровільно йти на жертву для спасіння інших говорить про силу духа, а не про слабкість та пасивність людини – в цьому полягає гуманізм християнства.

Святитель Лука підкреслював, що «матеріалісти заперечують безсмертя душі саме тому, що вони не хочуть знати про дух... Тим, хто звик до думки про безсмертя душі хай не бентежать слова про безсмертя духу. Це не новина, бо у багатьох містах Святого письма, де йдеться про смерть, а про залишення тіла духом, а не душею» [1]. Як дослідник Святого Письма, Войно–Ясенецький знаходить приклади про дух, як вищу силу людської діяльності, у строках послання до галатів святого апостола Павла (Гал. 6:8) – «хто сіє для плоті своєї, від плоті пожне тління, а хто сіє для духа, від духа пожне життя вічне» та у посланні до коринфян (1 Кор. 15:46) про духовність як найвище досягнення людської душі [3]. Порівнюючи душі людини і тварини, Войно–Ясенецький приходить до висновку, що дух і душа людини поєднані в єдину сутність при житті, тому можна спостерігати різні ступені духовності. Тому душу він розуміє як сукупність органічних і чуттєвих сприймань, слідів згадувань, думок, почуттів та вольових актів, але без обов'язкової участі у цьому комплексі найвищого прояву духу.

На практиці Войно–Ясенецький доводить, що релігія не протирічить медицині як науці та нашим знанням про природу, оскільки Бог є Творцем усього сущого. Загальною причиною упередження проти релігії він вбачає у людському незнанні, а «широка освіченість та глибоке прилучення до науки не відводить від Бога, а, навпаки, приводить до Нього всіх учених, яким властиві

глибинні питання духу.... У людей більш глибокого духу народжується схилання перед премудрістю Творця» [4]. Підкреслюючи важливість співвідношення духу та форми, святитель Лука акцентує увагу на тому, що дух творить форми. Він пише, що «не тільки очі – дзеркало душі, але й всі форми тіла та його рухи відповідають душі, її духу... У всій зовнішності людини яскраво відображається її духовна сутність. Дух грубий та жорстокий вже в процесі ембріогенезу спрямовує розвиток соматичних елементів і створює грубі відштовхуючі форми» [1]. Коли як дух чистий створює зовсім інше. Тому у проповіді 1948 року, святитель з особливою ревністю говорить про збереження чистоти в серці християн, бо воно є храмом Святого Духа, а Дух святий не може перебувати там, де не чисто, «зберігайте себе чистими від світу цього» [4].

Приділяючи велику увагу для всієї природи закону руху, коли стирається межа між живим та мертвим, Войно– Ясенецький стверджує, що духовна енергія, яка витікає від Духа Божого, енергія любові, рухає всю природу та все животворить. Він пише, що «вона (любов) є джерелом життя, і немає нічого мертвого. Один великий всезагальний закон розвитку керує усім всесвітом, і не може бути зупинки в розвитку, не може бути різкої границі між «мертвою» природою та світом живих істот... Духовною енергією просякнута вся неорганічна природа, весь всесвіт. Але тільки у вищих формах розвитку (творіння) ця енергія досягає значення вільного, самосвідомого духу» [1]. В людині ж саме серцю Войно–Ясенецький відводить здатність вищого пізнання, бо воно відчуває Бога та сприймає вплив Духа Святого. Саме через серце, яке «мислить, розмислює та пізнає», за Святим Письмом, Бог виправляє та вдосконалює людину. «якщо серце позбавлене Божої благодаті, а спрямоване до сприйняття духу зла, неправди, гордості, тоді безумство живе в ньому» [1]. Тобто найважливіша глибинна психічна діяльність відбувається за межами нашої свідомості і ніколи не припиняється. Глибока ж переміна в людині відбувається під дією благодаті Божої. Про це апостол Павло говорить у посланні до ефесян: «щоб дав вам, за багатством слави Своєї, міцно утвердитися Духом Його у внутрішньому чоловікові, вірою вселитися Христові в серця наші... щоб вам сповнитися всією повнотою Божою» (Еф. 3:16-19) [3, с.1329]. І Войно–Ясенецький розуміє, що хвороби людини походять від порушень законів Творця людиною внутрішньою, оскільки Бог бачить серця людей. І якщо там немає любові до творіння, то й жертва таких людей є марною. Між людським тілом і духом відбувається постійний зв'язок та взаємодія. Войно–Ясенецький підкреслював, що все те, що відбувається в душі людини впродовж її життя, має значення і необхідне тільки для того, щоб все життя нашого тіла й душі, всі почуття, думки, вольові акти, що мають початок в сенсорних сприйманнях, найтіснішим чином пов'язані з життям духу. На цих переконаннях сформувався світогляд лікаря-єпископа та віра в те, що поки жива людина – все можна виправити. Адже світ має свій початок у Любові Божій, а якщо людям наданий закон вдосконалення, а саме бути досконалими як Отець Небесний, то повинна бути і можливість здійснити цей закон – можливість безкінечного вдосконалення духа. Переосмисливши своє життя, відрікаючись (каючись) від вчиненого, людина може стати причасником Божественного єства. Тоді наша внутрішня, трансцендентальна людина, звільнившись від уз плоті, може досягти вищого пізнання всього

суцього, бо дух людини є диханням Духа Божого. Такі світоглядні настанови є досить переконливими для кожної людини, яка має скоро перейти у вічність. Сучасні служби медичних закладів (Хоспіс), в яких перебувають важкохворі з прогнозованим летальним наслідком, плідно використовують цей досвід для людей християнського віросповідання. Спасіння душі людини є найголовнішим завданням її життя, особливо коли вона стоїть на порозі вічності.

Література:

1. Лука (Войно–Ясинецький), архієпископ Наука и религия. Дух, душа, тело. [Электронный ресурс] – режим доступа: https://azbyka.ru/otechnik/Luka_Vojno-Jasenetskij/nauka-i-religija/
2. Юнг К. Г. Символ превращения в мессе. /Юнг к.г. Ответ Иову – М.:ООО «Фирма «Издательство АСТ», Канон+, 1998. – С. 5–99.
3. Біблія. –К.: УПЦ Київського патріархату, 2004. – 1407 с.
4. Лука (Войно–Ясинецький), Проповеди [Электронный ресурс] – режим доступа: https://azbyka.ru/otechnik/Luka_Vojno-Jasenetskij/propovedi/

Предко Д. Є.,
Київський національний університет імені Т. Г. Шевченка,
denyspredko@knu.ua

ПЕРЕЖИВАННЯ ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ ЛЮДИНИ

Зазвичай у повсякденній мові термін «переживання» вживається як певний особистісний стан людини, її реакція на певний об'єкт, подію тощо. Такий підхід представлений у більшості словників дещо спрощує даний феномен, презентує і формує поверхневе уявлення про нього. У фундаментальній праці С. Духновського «Переживання дисгармонії міжособистісних відносин» зазначається, що в переживанні відображаються настрої, психічний стан особистості, охоплюється їх психологічна стійкість і динамізм, відстежується їхня сполученість із смисловою сферою особистості, підкреслюється, що саме завдяки досвіду переживання, який формується у процесі подолання ситуацій дисгармонії в міжособистісних відносинах, розкриваються можливості людини, долається драматизм людського життя. Погоджуємося з думкою автора: «Переживання – це духовно-екзистенційний акт, пов'язаний із виходом людини за межі самої себе, – так відбувається «друге народження» людини» [3, с. 35].

Для нас методологічно значимою буде така сутнісна характеристика переживання як зверненість до внутрішнього світу, тобто рефлексивність. Саме рефлексія оформляє складові переживання в цілісний механізм і забезпечує його функціонування. Адже в переживанні відображається процес співвіднесення світу життєдіяльності людини з її ціннісно-смысловими утвореннями, внаслідок чого виявляється те, що являє суб'єктивно значиме саме для цієї людини. Особливо яскраво це може проявлятися в напружених ситуаціях, життєвих кризах. Відповідно, переживання допомагає людині

визначати простір свого внутрішнього світу, приводити у відповідність внутрішній і зовнішній світи. Різноманітність поєднання і вираженості компонентів переживання задає специфіку індивідуальним характеристикам рефлексивних механізмів переживання людини. Їхні особливості обумовлюють успішність життєдіяльності людини. Інакше кажучи, від того, наскільки буде перероблений внутрішній досвід, як оформлена і зрозуміла значимість чого-небудь, пережита подія, залежатиме подальша реалізація, здійснення життєвих планів, адаптація й оформлення відносин людини із зовнішнім світом.

Визнання смислових координат переживання пов'язане з персоналістично-енергійним трактуванням переживання. Переживає не переживання, а особистість. І з філософсько-антропологічної, і з теоретико-психологічної, і з психотерапевтичної точок зору для теорії переживання немає нічого важливішого підкреслення енергійного і особистісного характеру цього процесу. Власне, переживання є діяльністю особистості. Відтак сказати про якийсь суб'єкт що «він переживає» означає визнати за ним гідність особистості, яка не просто «емоційно реагує», не просто «зазнає страждання», а активно приймає участь у переживанні.

Переживаючи важкі життєві обставини, людина їх долає завдяки певній внутрішній діяльності. У цьому випадку переживання піднімається до рівня продукуючого процесу, де сполучається з продукуванням сенсу та виходом із критичної ситуації. Тому й релігійні почуття мають яскраво виражений сенсожиттєвий характер; вони уможливають набуття життєвого смислу, вводять людину в контекст комунікативної взаємодії, яка передбачає взаємний обмін смислами, певну співдію у процесі формування моральності й духовності. Святитель Лука (Войно-Ясенецький) зазначав: «Наша внутрішня, трансцендентальна людина, звільнена від уз плоті, може досягти вищого пізнання всього сущого у всій його широті, в глибині і довготі, бо вона оновиться і посилюється в пізнанні навіть за образом свого Творця: урозуміє перевершуючу будь-яке земне розуміння любов Христову»[5, с.276].

Зазвичай у кризовій ситуації людина від безвиході намагається конструювати смисли і цілеспрямовано шукати смислові опори життя, і без цієї частини роботи переживанню не обійтися, але парадоксальним чином живі смисли ніколи не виявляються планомірним продуктом свідомої та довільної активності; вони не конструюються і не відшукуються – вони народжуються.

У цьому контексті доволі цікаві розмисли філософа М. Карпицького про феномен «трансцендентального передчуття», який вказує на первинний пережитий досвід, що передує виникненню у свідомості будь-якої визначеності. Ця первинна невизначена змістовність розкривається як джерело мислення, смислової визначеності, емоційного буття, уяви і трансперсонального досвіду. «Аналіз трансцендентального передчуття виявляє його первинний трансперсональний характер, утілений в інтуїції присутності. У передчутті завжди є щось таке, що само по собі невизначено, його прояснення призводить до виникнення смислової, емоційної, феноменально-подієвої й інших сфер. Невизначеність інтуїції присутності полягає в її несамототожній невичерпності – постійній можливості все більшого поглиблення у її змістовність. У міру поглиблення ця змістовність усе більше виявляє свій трансперсональний

характер і дозволяє зробити висновок, що споконвічно трансцендентальне передчуття є спільним джерелом усіх феноменальних світів» [4]. У цьому випадку передчуття – це своєрідна інтуїція. Загалом, під інтуїцією А. Бергсон розумів здатність збагнення абсолютного. «Інтуїцією, – пише він, – називається рід інтелектуальної симпатії, шляхом якої переносяться всередину предмета, щоб злитися з тим, що є в ньому єдиного і, отже, невимовного» [1, с. 6]. У зв'язку з цим інтуїція розуміється як первинне ірраціональне знання людини, «глибинне, внутрішнє Я», завдяки якому можливе осягнення релігійних істин. А. Бергсон вважає, що видіння релігійних містиків є підґрунтям експериментального доказу буття Бога. У досвіді трансцендентального передчуття виявляється трансцендентальний рівень уяви, за допомогою якої первинна невизначена очевидність стає визначеною.

Німецький філософ Я. Фріз [2, с. 35] звертає увагу на роль передчуття саме у процесі осягнення світу. У передчутті людина осягає красу, величність світу. Я. Фріз, визначаючи релігію як «передчуття (Ahndung) вічного в кінцевому», зазначає, що завдяки йому людина долає свою обмеженість; воно пробуджує почуття благоговіння, натхнення, які конче необхідні в релігійному житті. Водночас це передчуття є початком феномену естетичного, оскільки дає можливість побачити величне і прекрасне у природі. Отже, передчуття сприяє виникненню особливого настрою почуттів, у якому відображається споглядання піднесеного й божественного.

Чим є передчуття? Передчуття – це своєрідний психічний стан, який, як і будь-яке переживання, будь-який стан психіки, зв'язаний із діяльністю мозку. Передчуття виникає у процесі діяльності великих півкуль головного мозку, під дією тих чи інших подразників. Ще І. Сеченов описав відчуття, які він назвав «темними почуттями» внаслідок їхнього незрозумілого, маловиразного характеру [6, с. 305]. Ці відчуття викликаються подразниками з різних органів нашого тіла, сигналами, що йдуть від інтерорецепторів. У звичайних умовах, коли наша увага зайнята подразниками, що йдуть від навколишнього, зовнішнього середовища, – зоровими, слуховими, дотиковими й іншими, ми малочутливі до інтероцептивних впливів, які викликають лише не досить виразні відчуття. Тому й зрозуміло, чому І. Сеченов і називає їх «темними».

Передчуття є підґрунтям чуттєвого світу релігійної людини. Пережиті стани залишають стійкі «почуттєві сліди» в пам'яті, визначають вибірковість такої поведінки відносно до ситуацій, які раніше викликали це переживання. Комплекс таких слідів (почуттєвий досвід) впливає на психічний стан особистості, її поведінку. Повторення ситуацій уможливорює закріплення того чи іншого почуттєвого стану, призводить до акумуляції чуттєвого досвіду.

Однак цей процес уможливується завдяки не лише передчуттю, але і вчуванню в те, що виступає об'єктом переживань. Неодмінними умовами вчування є: увага до того, що людина переживає (якщо увага розсіяна – вчування неможливе); загальна м'язова розслабленість, відсутність у тілі затискачів (людина сприймає не лише очима, але і всіма своїми почуттями, проживаючи об'єкт переживань усім своїм тілом); доброзичлива установка (об'єкт входить у контекст її світоглядних уподобань, моральних приписів тощо). Можна зробити висновок, що переживання ґрунтуються на передчутті, як певній установці,

завдяки якій вони розгортаються і формують процес вчування, що врешті-решт закріплюється в почуттєвому досвіді. Як передчуття, так і вчування є тими чинниками, завдяки яким відбувається формування переживання. Для того, хто пережив такий досвід і вирішив передати його іншим, послідовність того, що відбувається, виступає таким чином. Спочатку – сам досвід, зустріч, подія, переживання, які мали місце в якомусь особливо піднесеному стані душі. У ході цієї події людина, по-перше, стає іншою, внутрішньо змінюється, а, по-друге, прагне передати іншим те, що з нею сталося. Повернувшись до звичайного душевного стану, людина заново згадує та переживає те, що сталося, осмислює його, підбираючи ті мовні й образні засоби, які є в її особистому й загальному культурному досвіді. Причому, яке б не було справжнє значення таких переживань, безперечно, вони є одним із основних видів людського досвіду. У тих, хто пережив цей досвід, ніякі розумові доводи не можуть викликати сумніви в його реальності. У них є знання, бо під час ослаблення напруженого стану їхньої особистої волі вони справді відчули участь вищих сил.

Отже, в ставленні «Я» до переживання завдання полягає в тому, щоб формувати, розвивати і перетворювати особистісне відношення до всіх моментів буття, залучених в процес переживання. Однак тут починається характерне особистісно-смісловіє пізнання свого переживання як процесу «проживання», в якому розгортається внутрішня робота самосвідомості по усвідомленню душевного стану і всієї ситуації як духовно-екзистенційної.

Література:

1. Бергсон А. Введение в метафизику / А. Бергсон // Собр. соч. Т. 5: Введение в метафизику. Смех. – СПб.: Издание М. И. Семенова, 1914. – С. 3-47.
2. Дамте Д. С. Понятие религиозного чувства в немецкой философии XIX в. / Д. С. Дамте // Психология религии: между теорией и эмпирикой. Сборник научных статей / Ред.-сост. К.М.Антонов, Т.В.Малевиц, Т.В.Фолиева). – М.: ПСТГУ, 2015, - С. 30-46.
3. Духновский С. В. Переживание дисгармонии межличностных отношений: Монография / С. В. Духновский. – Курган: Изд-во Курганского гос. ун-та, 2005. – 175с.
4. Карпицкий Н. Н. Трансцендентальное предчувствие как феномен человеческой субъективности: автореф. дис. на соискание ученой степени д. филос. наук: спец. 09.00.13 «Религиоведение, философская антропология, и философия культуры» [Электронный ресурс] / Н. Н. Карпицкий. – Томск, 2004. – 38с. – Режим доступа: <http://www.dissercat.com/content/transsentalnoe-predchuvstvie-kak-fenomen-chelovecheskoi>
5. Свяtitель Лука (Войно-Ясенецкий) НАУКА И РЕЛИГИЯ; ДУХ, ДУША И ТЕЛО - «Троицкое слово», 2001. - 316 с.
6. Сеченов И. М. Элементы мысли / И. М. Сеченов // Избранные произведения / И. М. Сеченов; ред. и послесловие Х. С. Коштоянца. – 1952. – Т. 1. – С.272-427.

**ПРОБЛЕМА ПОДОЛАННЯ СТРАХУ В ХРИСТИЯНСЬКІЙ ТРАДИЦІЇ
(ФЕОФАН САМІТНИК, о. П.ФЛОРЕНСЬКИЙ,
В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦЬКИЙ)**

Феномен «страх» в християнській традиції мав подвійне тлумачення, як суто психологічне явище («страх») або трансцендентне («страх Божий»). На думку Ігнатія Брянчанінова, неможливо на чуттєвому рівні визначити аналог поняття «страх Божий». Він писав, що це нове відчуття є проявом дії Святого Духа [11]. Християнська думка визначає «страх Божий», як певне відчуття сакрального та страх, породжений зовнішніми причинами, серед яких виокремлюють фатальні події, дії людей або представників темних сил, наприклад, бісів. Людину охоплює жах у наслідок відсутності повноти віри в Бога. Про зазначене свідчить, наприклад, євангельський сюжет, що описує поведінку переляканих апостолів під час бурі. Ісус Христос називає їх «маловірними». «І ось піднялися хвилі великі на морі, аж човен покривало; Він же спав. Тоді ученики Його, підійшовши до Нього, розбудили Його і сказали: Господи, рятуй нас, гинемо. І говорить їм: чого ви такі боязкі, маловіри? Відтак, уставши, заборонив вітрам і морю, і настала велика тиша» (2, Мф.8:24-27).

Автори християнської літератури пов'язують предметний страх із гріховністю, гординою та маловірством. Порятунком від цього поглинаючого відчуття, на думку святителя Феофана Самітника, є повернення людини до Бога, відмова від сваволі, підкорення Божому Закону. Земне життя людини, огорнутої страхом, свідчить про надмірне матеріальне спрямування. Єдина можливість подолати, наприклад, страх смерті, це спрямованість до Бога, через страх Божий.

Святитель писав: «Якщо хто боїться ...покладай надію на Бога і зовсім не звертай увагу на збентеження... Біси стежать за нами, як ловці і уважно спостерігають за помислами нашими; які ми в помислах, подібні ж підносять нам свої мрії. Але страх Божий проганяє страх бісівський» (9, с. 397) . Співзвучною є думка С. Керкегора, який у свою чергу, наполягав, що страх є невід'ємною характеристикою «внутрішнього буття» (Innerlichkeit), яке сповнене гріховністю. Він писав, що «невинність – це не якась досконалість, до якої слід прагнути повернутися; бо тільки варто побажати її собі – і вона втрачена ... Невинність – незнання» [7, с. 140].

Феофан Самітник, вважав страх Божий початком премудрості, глибокого та самостійного мислення, початком справжнього життя, творчою силою, яка здатна відтворити «космос духовний» [9, с. 507]. Отже, страх у даному контексті виступає як визначена необхідність, як містичні сходи на шляху до Бога. «Від страху увага до себе і всіх вчинків, думок і почуттів. Від цього тверезе благоговійне життя. Від цього пристрастей придушення. Від цього чистота. Від чистоти з Богом перебування, не думками тільки, але і почуттям» – зазначав святитель [10, с. 178]. Поняття «страх Божий» у Феофана Самітника набуває сенс феномена земного буття, стає його основою, етичною та онтологічною складовою. Він наголошував, що: «...страх Божий – головне. Коли він приходить,

то, як добрий господар, все по-своєму створює в душі. Є він у вас? Якщо є, дякуйте Богові і зберігайте його, а якщо немає, розбудіть його, бо він в душі нашому міститься і, якщо не проявляється, то пов'язаний з неухважністю» [10, с. 251]. Доречною сентенцією знаходимо у «Філософії мистецтва» Ф. Шеллінга, що страх зникає завдяки перевертання відносин об'єкта і суб'єкта та являє собою чисту суб'єктивність [14, с. 419].

В творі «Накреслення християнської моралі» Феофан Самітник розглядав страх Божий з онтологічної позиції та доводив, що зазначена категорія є чеснотою. Моральність він розглядав у трьох векторах: настрої-справа-розташування та розкрив психологізм гріховного та духовного налаштування людини. Звернення до справи, як результату усвідомленого волевиявлення набуває особливого значення, оскільки є інтерпретацією євангельської сентенції: «Стережіться фальшивих пророків, що приходять до вас у одежі овечій, а всередині хижі вовки. По їхніх плодах ви пізнаєте їх. Бо хіба ж виноград на терніні збирають, або фіґи із будяків?» [2, Мф., 7]. Феофан Самітник підкреслював, що важливо визначити мету вчинку. Дія, керована гординою, свавіллям завжди є злом, а діяння «на славу Божу», «для Бога» стають добром Святитель Феофан Затворник [9, с. 132].

Початок ХХ ст. М. Бердяєв характеризував, як період раціональності, який спричинив соціальну апатію, нівеляцію спрямовану на ігнорування феномену смерті, намагання «приховати її від людей, ховати померлих непомітно» [4, с. 411]. Філософ у межах християнської традиції пише про два типи «страху» він зокрема зазначав, що «... страх нижчого перемішався зі страхом вищого, страх диявола зі страхом Божим» [3, с. 39]. На думку філософа жах охоплює людину в наслідок страждань, які є невід'ємною частиною життя. Відчуття страху перед апогеєм страждань – смертю є набагато яскравішими, виразнішими ніж сама смерть. Зазначене, на думку філософа може підштовхнути до самогубства, наприклад у випадку, коли «...страх хвороби сам стає хворобою» [3, с. 271]. Появу відчуття страху перед тлінністю фізичного тіла, філософ пов'язував із тим, що в наслідок гріхопадіння, Адам і Єва стали частиною матеріального, земного буття. Мислитель наголошував, що таїна смерті та того, що відбувається після неї, викликає у людини жах і смуток тому, що зазначене належить до духовного світу і стосується подальшого визначення місцезнаходження душі. Філософ запропонував ставитись до смерті як до блага, як до визволення, як до сакральної можливості спокутувати свою провину та гріховність «...є момент, коли обличчя покійного буває красивіше, гармонійніше, ніж було у живого. І навколо померлого минають, зникають потворні, злі почуття. Саме смерть очищає минуле і кладе на нього печатку вічності» [5, с. 411]. Лише наближення смерті здатне показати людині істинне значення матеріальних цінностей, кола спілкування, тощо. М. Бердяєв розкриває зазначену проблему, спираючись на християнське віровчення. Він зазначав, що пересічна людина відчуває жах, оскільки процес визволення від страждань неправомірно визначає як «небуття, порожнеча, ніщо...» [3, с. 390]. Подолання страху перед смертю, мислитель пропонує через прийняття та свідому підготовку, завдяки духовному зростанню та вірі в Воскресіння Христа.

Для о.П.Флоренського, феномен страху насамперед був пов'язаний зі

смертю та визначив початок «есхатологічного пошуку» [17]. П.Флоренський також вбачав, що страх перед смертю людина може подолати через сприйняття її як блага [16]. Зазначене, на думку мислителя, можливо лише завдяки духовній трансформації, що відбувається у наслідок усвідомленого праведного християнського життя. П. Флоренський, знавець християнської літератури, в роботі «Столп і встановлення істини» описав досвід гріховності, що межує зі смертю (духовною та фізичною): «якась сила захопила мене на край буття, і я відчув, що поза ним – абсолютне Ніщо. Темрява почала вливатись у все єство моє» [16, с. 205].

М. Федоров зазначав, що смерть це наслідок людської невинуватості гріховності, тому неможливо позбавитись відчуття жаху перед смертю загибеллю. «...Можна здогадуватися ... як повинен був він збліднути від жаху, коли побачив кінець в особі собі подібного, єдинокровного» – наголошував філософ [15, с. 398].

В. Ф. Войно-Ясенецький (святитель Лука) наголошував, що страх, притаманний рабу, зникає завдяки волі, прагненню до правди та добра, одухотвореній молитві. Дух несвободи долається через сходження Святого Духа та осягнення християнами «великого щастя бути синами та друзями Бога» [8]. Людина, для якої Христос є уособленням Істини, Шляху, Життя, долає свою гріховність і через свхаристичне оновлення та зцілення удостоюється життя вічного. Зазначене налаштовує на онтологічному втіленні духовних настанов та мінімізує невротичні передчуття фізичної смерті.

Святитель Лука звернув увагу на страх перед втратою психічного здоров'я. Він метафорично наголосив на необхідності розрізняти клінічне безумство та безумство святості. Спираючись на ідеї апостола Павла запропонував невілювати зазначений страх через позбавлення сьогочасної мудрості (гордині, що базується на ученості, мудрості, начитаності, тощо). Він навів приклади безлічі християнських подвижників та аскетів, які брали на себе подвиг блаженства, піддавались гонінням, знущанням з боку соціуму, але смиренно переносили духовні, душевні та фізичні страждання, завдяки молитовному передстою перед Господом. Завдяки цьому отримували духовні дари, такі як прозорливість, передбачення, можливість бачити, виявляти пороки та позбавлялись страху перед людьми, незважаючи на соціальний статус останніх.

Святитель Лука запропонував євангельське розуміння проблеми божевілля, сформував прецедент гуманного ставлення до людей з ознаками психічних розладів. Він вважав, що можна змінити своє негативне ставлення до неповносправних вбачаючи в них промисел Божий. Підкреслював, що вони є обраними Богом та витримують те, що не в змозі витримати пересічна людина. Остання, в свою чергу повинна проявляти своє милосердя. Людина повинна пам'ятати, що «цьогосвітня бо мудрість у Бога глупота, бо написано: Він ловить премудрих у хитроцях їхніх!» [2, 1-е до коринтян 3:19] та не ставитись фанатично до філософії та науки, лише вивчаючи їх на кшталт того, як це робили Отці Церкви, найосвідченіші представники свого часу. Зазначене дозволяє подолати страх через усвідомлення мудрості Євангельських текстів та апостольських послань та заглиблення у пошук Вічної Істини.

Розмисли над прагнення людини до визнання та земної слави

дозволили В.Ф. Войно-Ясенецькому міркувати над згубним підсумком подібного життя, що призводить до гріхопадіння, тривожності та страху перед втратою реноме. Невротична гонитва за похвалою і схваленням зумовлює втрату гідності, хворобливе самовихваляння. Натомість святий Лука пропонує керуватись Страхом Божим та настановами совісті. Людина буде перебувати у стані спокою, замирення, якщо буде йти шляхом добра, правди та смиренно виконувати свої обов'язки та творити в ім'я Господнє, очікуючи благодаті (блаженства) лише від Нього.

В.Ф. Войно-Ясенецький надавав психологічну підтримку, наголошуючи, що людина, яка іде шляхом Христа є слабкою та схильною до гріховності. Але позбувшись гордині, очікуванню визнання та слави, долає (за Божої підтримки) невідворотні труднощі та духовні падіння набагато легше та отримує сили щоб підвестись та продовжити визначений Богом напрям. «У тому випадку, коли настане неминуче падіння, – бо допускає Бог падіння і праведних, – будемо падати як людина, що стоїть не на вершині гори, а в долині: і падіння буде легким і нешкідливим, як падіння дитини, яка, як м'ячик, падає і, як м'ячик, легко встає. Так навчить вас Бог легко вставати після кожного гріховного падіння!» – писав В.Ф. Войно-Ясенецький [8].

Святий Лука 8 лютого 1948 року у день пам'яті ігумена Федора Студита проголосив проповідь в якій він розкрив поняття «страх Божий» та його значення для подолання, притаманного людині, жаху перед смертю. Посилаючись на біблійні приклади.Войно-Ясенецький наголосив, що страх Божий це дар самого Бога людині яка намагається досягнути любов у всій її повноті [8]. Це й можливість отримати повноту мудрості. Лише під керівництвом страху Божого можна пройти через усі випробування земного життя. Це святий та чистий страх, який проявляється як усвідомлення неосяжності, як подяка за все, як благоговіння перед Вседержителем. На відміну від рабського страху, що ґрунтується на небажанні покарання за провини, християнин повинен ненавидіти сам гріховний вчинок та пам'ятати про Боже милосердя.

Об'єктом нашого дослідження є феномен метафізичного страху в релігійній екзистенції. Він є архаїчним почуттям та притаманний людині на кожному рівні цивілізаційного розвитку. У нашому дослідженні ми намагались проаналізувати концепт «german angst» (сильне почуття, що поєднує «глибину», «безодню», «смерть»)[6]. Вийти на рівень впевненості у майбутньому, захищеності, душевної рівноваги можливо за допомоги ідей, запропонованих Феофаном Самітником, М. Бердяєвим, О.П.Флоренським, В.Ф. Войно-Ясенецьким. Есхатологічна тема у творах зазначених авторів дозволила сформуувати важливе уявлення про подолання людиною страху, жаху, туги, завдяки духовній підготовці до смерті протягом всього життя. Людській екзистенції притаманний глибинний вкорінений страх перед смертю, перед Ніщо. Людина, яка є носієм страху Божого, має онтологічну відповідь про сенс свого життя, долаючи стан гріховності навіть на рівні намірів, устремлінь, розмислів. Вона стає носієм якісних нескінченних трансформацій морального, релігійного, психологічного ґатунку. Наслідком зазначеного є усвідомлена екзистенція, реалізація буттєвого призначення, а на рівні душі – стан невимовного блаженства, тобто задоволення життям, відчуття задоволення й радості.

Література:

1. Архимандрит Георгий (Тертышников). Святитель Феофан Затворник и его учение о спасении. М.: Правило веры, 1999. – 568 с.
2. Біблія. Електронний ресурс: <https://bibleonline.ru/bible/ubio/>
3. Бердяев Н. А. Диалектика божественного и человеческого. М.: АСТ; Харьков: Фолио, 2003. – 620 с.
4. Бердяев Н. А. О назначении человека. М.: АСТ; Астрель; Полиграфиздат, 2010. – 478 с.
5. Бердяев Н. А. Опыт парадоксальной этики. М.: АСТ; Харьков: Фолио, 2003. – 701 с.
6. Кошетар У. П. Екзистенційно-особистісні виміри людського буття (С. К'єркегор, О. Леонтьєв, Р. Мей) / У. П. Кошетар // Вісник Національного авіаційного університету. Сер. : Філософія. Культурологія. – 2010. – № 1. – С. 36-39.
7. К'єркегор. С. Понятие страха. М., Академический проект, 2012.– 224 с.
8. Святитель Лука. Спешите идти за Христом. Электронный ресурс: https://azbyka.ru/otechnik/Luka_Vojno-Jasenetskij/speshite-idi-za-hristom/
9. Святитель Феофан Затворник. Начертание христианского нравоучения. – Репр. изд. 1895 г. – Москва: Правило веры: Моск. Сретен. монастырь, 1998. – 519с.
10. Святитель Феофан Затворник Вышенский. Наставления в духовной жизни. – М. : Отчий дом, 2014. – 336 с.
11. Симфония по творениям Святителя Игнатия (Брянчанинова) // Электронный ресурс: http://azbyka.ru/otechnik/Ignatij_Brjanchaninov/simfonija-po-tvorenijam-svjatitelja-ignatija-brjanchaninova-tereshenko/283.
12. Смирнов П.А. Жизнь и учение преосвященного Феофана Вышенского затворника. Калуга : Синтаγμα, 1997. – 448 с.
13. Ставцева О.И. В кругах сравнения... Понятие «экзистенция» у Шеллинга, К'єркегора, Хайдеггера. // Размышления о философии на перекрестке второго и третьего тысячелетий / О.И. Ставцева. – Серия «Мыслители», Выпуск 11. / К 75-летию профессора М.Я. Корнеева Санкт-Петербург: Санкт-Петербургское философское общество, 2002. – С.122-133.
14. Шеллинг. Ф. В. Й. Философия искусства. М.: Книга по требованию, 2012. – 487 с.
15. Федоров Н. Ф. Сочинения. М.: Мысль, 1982. – 709 с.
16. Флоренский. П. А. Столп и утверждение истины. Опыт православной Теодицеи в двенадцати письмах. Москва : Издательство «Путь», 1914. – 812 с.
17. Kelly, A. Russian philosophy. In E. Craig (Ed.), Routledge Encyclopedia of Philosophy. London: Routledge. Retrieved July 08, 2009, from <http://www.rep.routledge.com/article/E042>

ДОБРІ ДІЯННЯ ЯК ВІДГУК СЕРЦЯ ТА СЛІДУВАННЯ ШЛЯХАМИ БОЖИМИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ (В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦЬКОГО)

«Лікаря створив Бог на допомогу людям...»
Премудрий Син Сираха

Біографія, наукові праці, роздуми та проповіді Святителя Луки, спогади його сучасників, особисті листи, численні свідчення зцілених людей під час свого земного життя та по молитвах віруючих усього світу до вже святого сповідника та новомученика архієпископа Луки стали основою для підготовки та роботи за обраною темою.

Водночас, даний огляд є спробою долучитися до особистої Гефсиманії Святителя, його думок, відчуттів, переживань. Спробою осмислити та відчути повноту його служіння медицині та Господу. Як така сама людина як ми, переживала, помилялась, втрачала... і перевертала гори вірою та любов'ю до ближнього!

За твердженням дослідників його життя – студента, хірурга, земського та повітового лікаря, доктора медицини, професора та архієпископа – прохо-дила у всіх на очах в недалекому минулому. В той же час, деякі моменти його долі втаємничені до сьогодні та мають глибоко трагічні відтінки.

Серед студентства тих років популярними та захоплюючими були народницькі ідеї, етика Л. Толстого, І. Тургенєва та ін. Кредо народників – присвятити своє життя справі просвіти народу та полегшення його страждань – перетворилося у Валентина на чітку формулу: «Я не в праве займається тем, чем мне нравится, но обязан заниматься тем, что полезно для страдающих людей».

Він поставив таку високу шляхетну мету – служіння людям, коли йому було тільки 18 років. Ця формула стала його внутрішнім кредо, що було освячене глибокою вірою в Бога, до кінця днів святого Луки.

Де б не знаходився лікар В.Ф. Войно-Ясенецький, він завжди знаходив час для духовного спілкування зі священниками, монахами. Згадуючи своє життя в Переславлі, описував, як з великими труднощами, але знайшов час відвідувати Спасо-Преображенський собор, що збудило велику радість серед віруючих міста.

«Было одно великое событие в моей жизни, начало которому Господь положил в Переславле. С самого начала своей хирургической деятельности в Чите (госпиталь Киевского Красного Креста), Любаже, Романовке я ясно понял, как огромно значение гнойной хирургии и как мало знаний о ней вынес я из Университета. Я поставил своей задачей глубокое самостоятельное изучение диагностики и терапии гнойных заболеваний. В конце пребывания в Переславле пришло мне на мысль изложить свой опыт в особой книге – «Очерки гнойной хирургии» (задумана – 1912 г., завершена – 1921 г., издана в 1934 г.). Я составил план этой книги и написал предисловие к ней. И тогда, к моему удивлению, у меня появилась крайне странная, неотвязная мысль: «Когда эта книга будет написана,

на ней будет стоять имя епископа». Быть священнослужителем мне, а тем более епископом, мне и во сне не снилось, но неведомые нам пути жизни нашей вполне известны Всеведущему Богу уже когда мы во чреве матери. Как увидите дальше, моя неотвязная мысль стала полной реальностью».



Рис. 1. Ієрей Валентин, 1921 р.



Рис. 2. Епископ Лука, 1923 р.

За свідченнями дослідників у 1923 – 1943 рр. проти В.Ф. Войно-Ясенецького, як «хирурга-вредителя» було відкрито 6 кримінальних справ за розповсюдженнями безпідставними звинуваченнями (шпіонаж, зв'язок з коза-ками, вбивства хворих на операційному столі, контрреволюційна діяльність), нерідко близьких людей. Він пройшов Бутирську та Таганську тюрми, Котласький та Архангельський концтабори, заслання до Тураханського та Красноярського країв. Відчув на собі допити методом «конвеєру», коли слідчі змінювалися кожні 4 годин протягом 8-16 днів, але відповіддю святого Луки на катування НКВДистів були голодування; нестерпний холод крайніх північних точок Росії.

За Божим благословенням, на початку Великої Вітчизняної Війни політв'язень єпископ Лука опиняється в Красноярську, де був призначений хірургом-консультантом евакогоспіталю 1515.

Цій події передувала надіслана ним телеграма Голові президії Верховної Ради СРСР М.І. Калініну: «Я, єпископ Лука, професор Войно-Ясенецький, отбываю ссылку в поселке Большая Мурта Красноярского края. Являюсь специалистом по гнойной хирургии, могу оказать помощь воинам в условиях фронта или тыла, там, где будет мне доверено. Прошу ссылку мою прервать и направить в госпиталь. По окончании войны готов вернуться в ссылку. Епископ Лука».

Ця повна самовіддача, самопожертва та самозречення була проявом найвищого служіння Богу.

Враховуючи, що Красноярськ був найвіддаленішим пунктом доставки хворих, багато ран нагноювалися, а кісткові ураження призводили до тяжких

форм остеомиєліту. З архівів та листів архієпископа Луки у роки війни своїм синам дізнаємося як проходила його хірургічна діяльність:

«Совсем по-новому я стал теперь делать резекции коленного сустава, и моя новая техника будет немалым вкладом в хирургию. Моя операция распилы пятки при остеомиелите и фронтальный распил огромной костной мозоли нижнего конца бедра приводит в восторг хирургов, испытывавших эти операции. Мои лекции врачами чрезвычайно ценятся. Их усердно слушали доценты и профессора».

«Раненые офицеры и солдаты очень любили меня. Когда я обходил палаты по утрам, меня радостно приветствовали раненые. Некоторые из них, безуспешно оперированные в других госпиталях по поводу ранения в больших суставах, излеченные мною, неизменно салютовали мне высоко поднятыми прямыми ногами», – згадував архієпископ Лука.

«Якщо поранений помирав, то Святитель Лука страждав не тільки від індивідуальної загибелі («невинні смерті», – за його виразом), він відчував смерть як загальнонародну втрату. Біда ця його глибоко хвилювала», – зі спогадів колег.

Не можливо оминути наступних важливих моментів життя Святителя, що відображають його стан, як духовно сильної, вольової людини, справжнього і в той же час смиренномудрого спеціаліста, який завжди уповав на Промисел Божий:

«В операционной Войно работал спокойно, говорил с персоналом тихо, ровно, конкретно. Сестры и ассистенты никогда не нервничали на его операциях. Ткани шил он красивым швом – настоящая беложейка. И швы его быстро зарастали», - замісник завідувача крайздраввіділллу Браницька.

Одна з учениць Войно-Ясенецького за часів роботи в госпіталі 1515 згадує такий особистий досвід:

«Учил он своих помощников не только резать и шить, но еще и «человеческой хирургии». С каждым проходящим через его руки раненым Лука вступал как бы в личные отношения. Помнил каждого в лицо, знал фамилию, держал в памяти все подробности операции и послеоперационного периода. С двойным интересом подходил к койке уже прооперированного: если самочувствие больного было хорошим и раны быстро заживали, это радовало профессора и в личном и, так сказать, в общественном плане. Значит, примененные в этом случае оперативные приемы и предварительные хирургические расчеты оказались верны. Значит и в будущем удастся помогать кому-то этими же средствами».



Рис. 3. Святитель Лука з пораненими та медсестрами евакогоспіталю

Заслання закінчилося у 1943 р. і Святитель Лука був призначений єпископом Тамбовської єпархії, де протягом двох років одночасно працював хірургом в евакуаційних госпіталях і служив церкві. Священний Синод прирівняв лікування поранених до доблесного архієрейського служіння та возвів святого Луку в сан архієпископа.

Радянська влада присудила Сталінську премію Першого ступеню архієпископу Луці за надруковані праці «Очерки гнойной хирургии» і «Поздние резекции при инфицированных ранениях больших суставов» з дуже великою грошовою винагородою (200 тис. рублів), яку він повністю пожертвував сиротам та вдовам загиблих у Вітчизняній війні.

У зв'язку із призначенням архієпископом Сімферопольським і Кримським святитель Лука 26 травня 1946 р. переїздить до м. Сімферопіль, де, на відміну від Тамбова та Красноярська, йому не дають можливості займатися лікуванням хворих та науковою діяльністю. В повоєнні роки різко почало слабнути здоров'я, давалися взнаки 11 років мук, катувань, тюрем, таборів, заслань. Не зважаючи ні на що, він продовжував архієрейську службу, дуже точно виконуючи всі її деталі, виступав з богомудрими проповідями перед прихожанами так, що ніхто не міг й подумати про сліпоту пастиря.



Рис. 4. Архієпископ Лука в останні роки служіння

Постскриптом, хочеться звернути увагу та завжди носити в серці молитву та слова Святителя Луки, що відображені в його книзі «Толкование на молитву Ефрема Сирина «Господи и Владыко живота моего...» з якими по сходінках самопізнання, ми можемо сходити від «духа праздности» до «духа любові»:

«Любовь – это все, ибо все, что говорил Господь Иисус Христос, что совершил во дни Своей земной жизни, и прежде всего то, что явил на Голгофе, есть сплошная великая проповедь о любви. Значит, любовь есть то, о чем должны просить всегда, настойчиво, постоянно. Любовь есть то, стяжать которое

– величайшая и основная задача жизни нашей, ибо задача наша в том, чтобы приблизились мы к Богу, чтобы стали совершенны, как совершенен Отец наш Небесный. А как приблизиться к Богу без любви? Без нее мы бесконечно далеки от Бога... Любовь Христова незаметно, изо дня в день проникает в сердце человека, который старается Богу угодить, всегда молится, постом смиряет плоть свою, старается помочь окружающим людям.

Любовь Христова изливается в сердце такого человека, наполняет его до краев и изливается через край, как изливалась она у преподобного Серафима на грешников, которые тысячами приходили к нему. О такой любви молитесь Бога все словами святого Ефрема Сирина: Господи и Владыко живота моего, дух любви даруй ми, рабу Твоему! И даст вам Бог дух любви. Аминь.

Хай буде нам молитва святого Єфрема пастирем та огородою «во вся дни» життя нашого.

З вищевикладеного, бачимо як Віра та Любов були, є і будуть стержнем нашого життя. Вони можуть і мусять пронизувати і науку, і наші взаємовідносини, і всі сфери нашої діяльності.

Життя єдине, тож ми маємо стати внутрішньо єдиними, цільними на шляху до Істини, до нашого спасіння. За словом Церкви в цьому й буде полягати святість, правдивість та перемога життя над смертю.

Христос Воскрес!!!

Література:

1. Архимандрит Нектарий (Андонопулос). Безмездный целитель Лука (Войно-Ясенецкий). Житие. Чудеса. Письма. /Сост. архим. Нектарий (Андонопулос), пер. с греч. Н.Г. Николау. – СТСЛ, 2014. – 128 с., ил.
2. Лисичкин В.А. Материалы церковно-общественной конференции «За други своя: Русская православная церковь и Великая Отечественная война». – Издательский Совет Русской православной церкви, М. – 2005. – 128 с.
3. Святитель Лука (Войно-Ясенецкий). Толкование на молитву Ефрема Сирина. – Киев: Литургия оглашенных, 2016 – 48 с.

Примаченко В. І.,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
valentinaanatom@icloud.com

СВЯТИТЕЛЬ ЛУКА (ВОЙНО – ЯСЕНЕЦЬКИЙ)

Архієпископ Лука (у миру Валентин Феліксівич Войно-Ясенецький) жив і працював в тяжкі часи для нашої країни – в кінці 19-го і на початку 20-го століття, в роки духовної кризи, відступу народу від віри, війн, революцій, політичних репресій, гонінь на Церкву. Це наш сучасник зі світовим ім'ям – видатний лікар і вчений, доктор медицини, лауреат Сталінської премії, професор кафедри

оперативної хірургії і топографічної анатомії, геніальний хірург, що врятував тисячі життів, архіпастир і проповідник, богослов і подвижник, що відновлював людські «храми» Божі в немислимий для цього час, прославлений Церквою сповідник, що здійснює чудеса і донині по молитвах з вірою тих, що притікають до нього. Це дійсно був чудовий архіпастир, що поєднував служіння Церкві і служіння науці, поєднував здатність працювати у світській системі в умовах атеїстичної держави і одночасно бути архіпастирем Церкви, який жив у миру і прийняв постриг у ченці з ім'ям Лука на честь апостола і євангеліста Луки.

27 квітня 1877 в Керчі, в сім'ї аптекаря народився Валентин Феліксівич Войно-Ясенецький. Третій із п'яти дітей. Навчався в 2-й Київській гімназії і Київській художній школі, які закінчив одночасно. Захоплення живописом з дитинства було дуже серйозним, так що після закінчення художньої школи вирішив вступати до Петербурзької Художньої Академії. Вибір свого життєвого шляху у Валентина Феліксівича переборолла думка про те, що не має права займатися тим, що подобається, а зобов'язаний займатися тим, що корисно для людей, що страждають. У 1898 році В. Войно-Ясенецький вступив на медичний факультет Київського університету Св. Володимира. Вчився блискуче. Несподівано зацікавився анатомією. Вже на другому курсі його друзі одногласно вирішили, що він буде професором анатомії, і їх пророцтво збулося. Через двадцять років Валентин Феліксівич Войно-Ясенецький став професором топографічної анатомії і оперативної хірургії [1, с. 14]. На третьому курсі Валентина Феліксівича зацікавило вивчення операцій на трупах. Пізніше він згадував: «Сталася цікава еволюція моїх здібностей: уміння дуже тонко малювати і моя любов до форми перейшли в любов до анатомії і тонку художню роботу при анатомічному препаруванні та при операціях на трупах. З нездійсненого художника я став художником в анатомії і хірургії» [2, с. 14]. У 1903 році архієпископ Лука закінчує університет, але стати земським лікарем не судилося, як мріяв він весь час. В цьому ж році розпочалася війна з Японією і першою медичною трудовою діяльністю стає військово-польова хірургія на Далекому Сході. В 1904 році Войно-Ясенецький в складі медичного загону Червоного Хреста їде на Далекий Схід до Чіти, де розташувався загін. Тут розпочинається практика хірурга-лікаря. Молодий хірург стає завідувач хірургічного відділення, проводить складні оперативні втручання на кістках, суглобах, черепі. Давався взнаки його пильний інтерес до топографічної анатомії [3, с. 13, 14].

Він один з перших в Росії робив найскладніші операції на різних органах (жовчних шляхах, нирках, шлунку, на серці і мозку). Прекрасно володіючи технікою очних операцій, він багатьом сліпим повертав зір. Це знаменитий хірург, що врятував від сліпоти сотні людей і сам втратив зір у кінці свого життя. Прояв байдужості до лікарського обов'язку завжди обурювали єпископа Луку. Владика безмовно викривав користюлюбство лікарів, безкоштовно проводячи операції. У відповідь на подяку вилікуваних хворих він говорив: «Це Бог вас зціпив моїми руками. Моліться Йому». Працюючи в лікарнях він успішно провів велику кількість хірургічних операцій, що притягувало до нього все більше пацієнтів та продовжував проводити наукові дослідження. Нині стали широко відомі слова Владика Луки: «Для хірурга не повинно бути «випадку», а тільки жива страждаюча людина».

В 1916 році В.Ф. Войно-Ясенецький захистив докторську дисертацію «Регіонарна анестезія» і отримав науковий ступінь доктора медицини. Ця робота була високо оцінена в Москві і за кордоном. Варшавський університет присудив Валентину Феліксовичу премію імені Хойнацького. Цю нагороду отримували автори кращих творів, які прокладають нові шляхи в медицині. Осінню 1920 року Валентин Феліксович отримує запрошення очолити кафедру оперативної хірургії і топографічної анатомії Державного Туркестанського університету, що щойно відкрився. В 1921р. – рукопокладений в диякони, в ієреї. Не перестає оперувати та читати лекції. В 1923 році – приймає постриг у ченці з ім'ям Лука на честь апостола і євангеліста Луки. В.Ф. Войно-Ясенецький задумав викласти свій досвід в книзі «Очерки гнойной хирургии» і раптом у нього виникла «вкрай дивна, настирлива думка: коли ця книга буде написана на ній буде стояти ім'я єпископа». В 1934 році вийшла в світ книга «Очерки гнойной хирургии». В 1945 році Владика удостоюється правом носіння діамантового хреста на клобучі і нагороджується медаллю за доблесну працю у Великій Вітчизняній війні 1941-1945рр., а в 1946 році стає лауреатом Сталінської премії 1-го ступеню за наукову розробку нових хірургічних методів лікування гнійних захворювань і поранень, викладених в наукових працях «Очерки гнойной хирургии» і «Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов».

Святитель Лука провів одинадцять років у в'язницях, таборах і засланнях, куди відправляли його за те, що він був православним архієреєм. З глибоким християнським терпінням переносив Владика Лука всі тяготи в'язниць та заслань. Архіпастир Лука писав синові: «Я полюбив страждання, яке так дивно очищає душу...». Владика досягав успіху не тільки в пастирській, але і суспільно-науковій діяльності. Будучи архіпастирем, священником, він залишався професором медицини і читав лекції з оперативної хірургії і топографічної анатомії в рясі, з хрестом і панагією. Він одночасно працював як лікар, як професор і як священник, служачи в соборі тільки по неділях і приходячи на заняття в рясі. В 1946 році Владиці Луці остаточно заборонили виступати перед науковою аудиторією в рясі, з хрестом і панагією. Своїм духовним подвигом і самовідданою працею хірурга і «мужицького» лікаря він набув всенародної любові. В його житті Церква і медицина були невід'ємні одне від одного. Святитель Лука – найвидатніший вчений, найславніший хірург, який «зійшов» на ікону, прославлений Богом і Його Церквою.

Під вантажем прожитого, виконавши справу свідчення про Господа Ісуса Христа, єпископ Лука мирно упокоївся 11 червня 1961 року в День Всіх Святих, на землі російській просіявши, в Сімферополі, де було його останнє призначення в архієпископа Кримського і Сімферопольського. На його похоронах було присутнім усе духовенство єпархії і величезний натовп людей, а могила святителя Луки незабаром стала місцем паломництва, де до цього дня здійснюються численні зіцлення. В 1996 році Святейший Синод Української Православної Церкви прийняв рішення про зарахування Високопреосвященного архієпископа Луки до лику місцевошанованих святих як святителя і сповідника віри. В березні 1996 року були знайдені святі мощі архієпископа Луки та перенесені в Свято - Троїцький Кафедральний Собор

в Сімферополі. 25 травня 1996 р. відбувся урочистий акт зарахування Високопреосвященного Луки до лику місцевошанованих святих. Відтепер щоранку о 7:00 в Свято - Троїцькому Кафедральному Соборі м. Сімферополя відбувається акафіст святителю Луці біля його раки. В серпні 2000 року Ювілейний Архієрейський Собор Російської Православної Церкви зарахував архієпископа Сімферопольського і Кримського Луку (Войно-Ясенецького, 1877 – 1961, пам'ять 29 травня / 11 червня, священносповідника) до лику святих XX століття Російської Православної Церкви для загальноцерковного шанування [1, с. 331, 332; 4, с. 475-480].

Святитель Лука. Архіпастир. Вчений. Святий. Реальна людина. Життя святителя Луки має бути прикладом для нас сучасних лікарів, прикладом для студентів медичних вузів - яким має бути майбутній лікар, прикладом любові до страждаючих людей, прикладом християнського шляху до Бога у наш час, прикладом діяльної віри, безкорисливості і самопожертви, любові до Бога і Церкви до останнього подиху.

Література:

1. Круглова Е. И. Святитель Лука (Войно-Ясенецкий). (2-е издание, исправленное и дополненное) / Сост. Круглова Е.И. – М.: Благовест, 2014. – 336с.
2. Архиепископ Лука (Войно - Ясенецкий). Я полюбил страдание... Автобиография. М.: Изд-во им. Святителя Игнатия Ставропольского, 1999. – 206с.
3. Протоиерей Василий Марущак. Святитель – хирург: Житие архиепископа Луки (Войно – Ясенецкого). М.: Даниловский благовестник, 2010. – 416с.
4. Врачу благий и милостивый. – Симферополь: издательство Шпатакова «Родное слово», 2013. – 512с.

Твердохдіб Н. Г.; Лахтадир Т. В.; Турбал Л. В.,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
nataliatvanatom@gmail.com

“В ЖИТТІ КОЖНОГО Є ДВА ШЛЯХИ – ШЛЯХ ДОБРА ТА ШЛЯХ ЗЛА, И КОЖЕН ВИБИРАЄ ОДИН ІЗ НИХ”

Духовне життя людини передбачає наявність різноманітних факторів, що впливають на стан свідомості. Духовна сфера представлена багатогранними підсистемами такі як релігія, наука, культура, освіта та інші. Релігія – це найважливіше добро в житті людини. Релігія – це зв'язок людини з Богом. Наука – це упорядкована система знань про навколишню дійсність. Релігія і наука не заперечують одна одну, а взаємно доповнюють [1]. Прикладом даної взаємодії є життя та діяльність святителя Луки (Валентин Феліксівич Войно-Ясенецький).

Святитель Лука (Валентин Феліксович Войно-Ясенецький) народився 27 квітня 1877 року в родині аптекаря. З раннього віку займався малюванням, але згодом вирішив, що він зобов'язаний займатися тільки тим, що корисно для людей і вибрав медицину. У 1898 році вступив до Київського університету на медичний факультет. У своїй автобіографії він писав: «Моя любов к форме и тонкое понимание ее вылилось в любовь к анатомии, в художественно-анатомическую препаровку, а затем и в увлечение техникой хирургических операций на трупах. Уже на II курсе мои товарищи единогласно решили, что я буду профессором анатомии, и оказались правы, хотя я и протестовал против их предсказаний» [3]. Збігом обставин після закінчення університету Російська імперія вступила у війну з Японією та відправившись на Далекий Схід Войно-Ясенецький почав практичну діяльність хірурга, де і познайомився зі своєю майбутньою дружиною. Повернувшись до Москви він працював в клініці П.І. Дьяконова. У 1915 році Валентин Войно-Ясенецький випускає монографію «Місцева анестезія».

Життя підготувало йому тяжкі випробування - одним із яких була втрачена його дружина, яка хворіла на туберкульоз легень. Пережити це горе допомогла йому релігія. З того самого часу Валентин Феліксович прийняв священницький сан та згодом поєднував священство з діяльністю вченого та хірурга. У 1923 році священник Валентин приймає архієреєвський сан. У 1934 році була опублікована наукова праця, «Нариси гнійної хірургії».

У 1942 році Єпископ Лука був зведений в сан Архієпископа. За наполегливу працю та роботу «Пізні резекції інфікованих вогнепальних поранень суглобів» отримав Сталінську премію. Люди знаючи про здібності Владика передбачати майбутнє та ставити достовірні діагнози вірили в зцілення від своїх недуг одним дотиком до його облачення. Не випадково він говорив: «Главное в жизни – всегда делать добро людям, если не можешь делать для людей добро большое, постарайся совершить хотя бы малое» [3]

В День Всіх Святих 11 червня 1961 року пішов з життя Архієпископ Лука. Але навіть після його смерті хворі зцілюються за допомогою молитв на його могилі. У 2000 році був зарахований до сонму новомучеників і сповідників.

Література:

1. Огірко О. Релігія і наука: співпраця чи протистояння // Наук. вісн. Чернівецького ун-ту. Сер. Філософія. – 2005. – Вип. 242-243. – Чернівці.– С. 160.
2. Климишин І. А. Вчені знаходять Бога. – Івано-Франківськ: Нова Зоря, 2010. – 132 с
3. Войно-Ясенецький В. Ф. (Архиепископ Лука). Я полюбил страдание... Автобиография. М.: Издательство «Сестричества во имя святителя Игнатия Ставропольского», 2008. 193 с.

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

Утюж І. Г., Спиця Н. В., Мегрелішвілі М.О.,
Запорізький державний медичний університет,
mariamegre2016@gmail.com

РЕЛІГІЯ І МЕДИЦИНА – СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДИСКУРСУ

На початку ХХ ст. християнський мислитель Г.П. Федотов писав: «Лише на тлі природи і на тлі гріха, що утворюють загальну тканину соціального життя, виступає цілком значення подвигу святості і значення того молекулярного процесу освячення і християнізації світу, який є справою Церкви в століттях» [1].

Чи є «справою Церкви» в ХХІ столітті медицина і все, що відбувається з хворим і стражденим?

Соціальні смисли історії та філософії свідчать, що медицина ніколи не була чужорідним тілом для християнської культури. У Новому Завіті ми не зустрінемо засудження застосування медичних засобів [2]. Більш того, професія лікаря освячена Священним Преданням - один з учнів Христа, Апостол Лука, був лікарем. Лікування - одна з професій перших християн, святих братів Косми і Дем'яна, мученика Пантелеймона. Історія Церкви сповнена прикладами, коли священики і навіть єпископи займалися лікуванням тілесних недугів. І якщо тілесні хвороби - це наслідок гріха, то чи не в ім'я їх лікування приходять у світ і Сам Спаситель: «Лікаря не потребують здорові, а слабії! ... Бо Я не прийшов кликати праведних, але грішників до покаяння» (Мф. 9,12-13). «Уздоровлюйте хворих...», - навчає Христос своїх учнів (Лк. 10, 9) [3].

Сьогодні стає зрозумілим, наскільки довірливим і спрощеним є «войовниче» протиставлення науки і віри, медицини та релігії. Про це свідчить і історія: виявляється, що «нові» медичні технології не такі вже й нові. Багато з них «зароджувалися» в надрах християнської культури. Відомо, що у витоків генетики був австрійський чернець Грегор Мендель. Трансплантація згадується ще в ІІІ ст. н.е. «... коли святі Косма і Дем'ян зробили чудо заміни ураженої гангреною ноги їхнього паламаря ногою чоловіка, який помер незадовго до цього» [4]. Наш співвітчизник В.Ф. Войно-Ясенецький (свт. Лука) «... одним із перших в історії медицини здійснив пересадку органів тварини людині (1924 р.)... » [5]. Все це говорить про те, що небезпечно не самі по собі біомедичні технології, а небезпечним є забуття і незбереження чистоти того морального сенсу, яким вони були визначені для існування.

Саме ця приналежність духовного і тілесного лікування християнської культури з особливою гостротою ставить питання про нові методи медичного впливу, які не тільки відрізняються від тих, що застосовувалися за біблійних часів, а й від тих, які застосовувалися в медицині аж до другої половини ХХ століття. Якщо християнська церква в цілому позитивно ставить до трансплантації, то, наприклад, екстракорпоральне запліднення або ж

можливе клонування людини нею рішуче засуджується.

З одного боку, в тих країнах, де авторитет церкви є високим, релігія може дещо гальмувати прогресивний розвиток медичних і біологічних наук, і, відповідно, для населення буде проблемою скористатися їх сучасними досягненням. Проте, у відкритому глобалізованому суспільстві таке «гальмування» матиме локальний характер, адже штучно конкуренцію у світовому науковому співтоваристві зупинити неможливо, відтак, розвиток в цілому триватиме далі. З іншого боку, релігія може бути фактором, що не дозволить науці й суспільству перетнути межу, за якою почнуться незворотні процеси дегуманізації. В цьому сенсі релігія своїм авторитетом підсилює норми і принципи етики.

Розглядаючи взаємодію релігії і медицини в контексті проблем українського суспільства, зазначимо наступне. У науковій періодиці та ЗМІ неодноразово висвітлювалася несприятлива ситуація, що склалася останніми роками у вітчизняній сфері охорони здоров'я. Різко падає народжуваність і очікувана тривалість життя, зростає смертність, особливо людей працездатного віку, підвищилася поширеність більшості класів хвороб. Все це зумовлено, на думку дослідників, наслідками соціально-економічної нестабільності в країні, з соціальним стресом, погіршенням харчування, ускладненням санітарно-епідеміологічної та екологічної обстановки, згортанням профілактичної роботи, незабезпеченістю найважливішими медикаментами. У сучасних соціально-економічних умовах в Україні зростає поширеність медико-соціальних факторів ризику способу життя різних груп населення, які впливають на стан здоров'я. Навіть усвідомивши причини, змінити зазначену ситуацію на краще у короткі терміни неможливо. Проте, згадаймо одну з багатьох функцій релігії - допомогти людині, знайти слова підтримки тоді, коли все інше (в даному випадку медицина) виявляється безсилим. Ми можемо спостерігати, що у деяких вітчизняних університетах деонтологія викладається з позиції християнської етики. Адже є питання, які складно аналізувати виключно з точки зору загальної моралі (зокрема, генетичні маніпуляції, евтаназія тощо).

Отже, у сучасному світі стрімкий розвиток науки надто швидко змінює суспільство і уявлення про те, що є нормою. Людина внаслідок цього почуває себе розгубленою. Саме тому церква, що має відповідати духу часу, повинна стати, не гальмуючим розвиток науки, а стабілізуючим суспільство фактором.

Література:

1. Федотов Г.П. Православие и историческая критика [Электронный ресурс] / Г.П. Федотов. // Путь. – 1932. – №33. – С. 3-17. – Режим доступа: <http://www.sinai.spb.ru/bcr/fedotov/fedotov-hkritika.html>
2. Біблія [Електронний ресурс] / пер. І. Орієнка. – Режим доступу: <http://www.my-bible.info/biblio/ukrainskaya-bibliya/index.html>
3. Абаева Е.А. Социально-философские основы взаимодействия церкви и медицины [Электронный ресурс] / Е.А. Абаева. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/v/sotsialno-filosofskie-osnovy-vzaimodeystviya-tserkvi-i-meditsiny>

4. Мартинюк Ю. Трансплантація органів [Електронний ресурс] / Ю. Мартинюк. // Слово. – 2005. – №2 (23) – С. 28-30. – Режим доступу: <http://dds.edu.ua/ua/articles/2/slovo/2005/391-transplantation.html>
5. Васильєва І.В. Філософія релігії та медицини свт. Луки (В.Ф. Войно-Ясенецького) [Електронний ресурс] / І. В. Васильєва. // Вісник Національного авіаційного університету. Серія: Філософія. Культурологія. – 2018. – Т.27. – №1. – С. 5-9. – Режим доступу: <http://jnl.nau.edu.ua/index.php/VisnikPK/article/view/13342>

Вергелес К. М.,
ВНМУ ім. М.І. Пирогова,
kvergeles@gmail.com

РЕЛІГІЯ ТА КУЛЬТУРА ЯК ОСНОВНІ ЧИННИКИ ГЛОБАЛІЗАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ

Сучасні парадигми життя глобалізованого світу пропонують кожному свої умови комфортизації існування, які постійно переплітаються з трьома головними елементами ідентифікації людини, а саме, релігією, культурою та медициною. Як і в минулому, сьогодні простежується важливість релігійно – культурного у поєднанні з медичним, як тих складових, що посядають одне із ключових позицій у житті людей. Закономірним є те, що релігія займає одну щабліну з медициною, оскільки вони доповнюють одне одного впливаючи і на духовну, і на фізичну, і на соціальну, і на психічну складові здоров'я (кожна в своєму контексті й різними методами). Релігійні догми та канони регулюють всі аспекти індивідуального та суспільного буття. Медицина на протязі всієї історії людства була тісно зв'язана з релігією, а релігія з лікуванням. Цей тісний взаємозв'язок релігії та медицини є логічним, оскільки вони стоять біля витоків зародження життя і смерті. Так, лікар-хірург М.І. Пирогов, який активно займався медичною практикою, акцентував увагу на зв'язку релігії та медицини наступними словами: «Існування Верховного розуму, а, отже, і Верховної Волі, я вважаю необхідним і неминучим постулатом мого власного розуму, так що якщо б я й хотів тепер не визнавати існування Бога, то не міг би цього зробити, не зійшовши з розуму».

Сучасні умови глобалізації них процесів демонструють позицію релігії та медицини, що постають одними з головних факторів буття людини. Сучасна філософія в ході вивчення соціокультурної дійсності формулює нестачу головних методологічних засобів, які могли б розкрити істинні сутності тих глобальних явищ, які проходять в сучасному світі. Специфіка релігії полягає у раціональному, філософському осмисленні особливостей її функціонування, та тлумачення власного існування в умовах руйнації смислового змісту будь-яких інтерпретацій. Відбувається руйнація та вичерпуються герменевтичні та когнітивні процедури для описування релігії та сучасної медичної практики, які інколи виходять за межі раціонального. В сучасних умовах такої методологічної спів-невизначеності взаємозв'язку

релігії та медицини важливими постають доробки базових концепцій релігії та практичної медицини в соціумі. Ці концепти відіграють фундаментальну роль у формуванні основ буттєвості, а також для прояснення всіх елементів сучасності в цілому. Саме таке логіко-раціональне осмислення взаємозв'язку релігії та медицини в контексті необхідності якісно нової методології дослідження. Відбувається глобальна взаємодія між медичною деонтологією та релігійним світоглядом через глибинний аналіз. Таким чином виникає потреба у створенні спецефічної «проектної логіки», яка має сприяти глибшому усвідомленню сутності та динаміки розвитку процесів сучасної медицини та релігії з її культурними елементами. Ця логіка має вирішити взаємного існування релігії та медицини, які є базовими елементами подальшого соціокультурного розвитку.

Соціальна філософія ХХ – ХХІ ст. стала базою для виникнення міждисциплінарних підходів до дослідження взаємозв'язку медицини та релігії, що призводить до усвідомлення їх, як багаторівневої системи людської життєдіяльності. Релігія та медицина осмислюється як єдина система, яка перебуває під впливом других систем – права, політики, ідеології, моралі, тощо. Головним положенням неklasичного підходу є те, що поняття «релігія» досліджується саме в контексті доведення складності світу й людини, природи та розчиненого людського буття у всесвіті. Релігія розглядається у тісному зв'язку з суспільством та соціумом в цілому. Вона є чи не одним із головних базисів всезагального людського буття.

Однією з причин появи концепції радикального конструктивізму, більшість науковців пов'язують з кризою суб'єкт – об'єктної парадигми у природничих та гуманітарних науках, медицині та релігії зокрема. Радикальний конструктивізм піддає критиці класичну теорію репрезентації знання, фундаментом якої є головний принцип співвіднесення знання з об'єктивною дійсністю буття. Радикальний конструктивізм як специфічний напрям, це в першу чергу міждисциплінарна та обов'язково філософська концепція, в основі якої лежать конкретні принципи: 1) знання не є відображенням об'єктивної дійсності, хоча є її цілковитою кібернетичною моделлю. Знання як здобуток є повноцінним механізмом адаптації до навколишньої природи і зумовлено як історично так і соціально; 2) відбувається цілковите визнання домінуючої ролі людини, що будує дійсність і реальність у ході побудови свого власного досвіду та повноцінного виконання особистого «життєвого задуму»; 3) відбувається визнання різних версій дійсності й реальності. Ці фактори, які створені концепцією радикального конструктивізму тісно зв'язують філософію з медициною та медицину з релігією, оскільки спільним є проблема дослідження – людина.

Якщо розглядати фундаментальні методологічні принципи радикального конструктивізму, то потрібно зазначити, що це перш за все так звана самореферентність, тобто відбувається антропологічна саморегуляція, бо наявність когнітивного механізму поведінки людини дозволяють утворити адекватнішу для сучасних соціокультурних реалій, нову модель релігії яка може вступати в прямі відносини з сучасною медициною. Побудова специфічних прошарків дійсності та сучасної реальності породжують

необхідність появи нової оцінки якості та цілісності релігії. Методологія радикального конструктивізму демонструє факт таких моделей релігії – центрованої, децентрованої та мережевої. Всі ці моделі релігії спираються на різноманітні засоби побудови дійсності та реальності. Так наприклад, у центрованій моделі релігії базовим та утворюючим змістом є наявність єдиновірного центру, яким є трансцендентна сутність, яка виходить за межі часу, простору та буття, тобто Бог, Абсолют, у децентрованій моделі є знаки (культовий інвентар, зображення та ін.), у мережевій моделі є інформація, тобто (передача релігійних смислів, значень та ін.).

Важливу роль методологія радикального конструктивізму накопичує тоді коли релігія відіграє одну з головних ролей, саме тоді дозволяє повноцінно та відповідно оцінити особливості перехідних періодів буття суспільства. Здебільшого всі особливості зумовлені сучасними глобалізаційними процесами, які стосуються медицини та релігії. Всі вони зазвичай вимагають цілковито нових, а інколи особливих понятійних засобів у співставленні категорій медицини та релігії. Весь категоріальний апарат радикального конструктивізму дозволяє нам повноцінно оцінити та зрозуміти, чому релігія в якості системи здатна вести себе цілеспрямовано поряд з медициною. Наприклад, налаштування радикального конструктивізму зосереджені в більшості на думці про те, що релігія як феномен є самореферентною, тобто, самозконцентрованою на своїх характеристиках. Вона безкомпромісно видозмінює базовий різновид діалогу релігії з іншими релігіями та науками і, зокрема, медициною. Також, необхідно сказати про присутність прихованих елементів всієї системи, які до речі є досить успішним в процесі багатьох протистоянь маніпулятивних технік. Прояви в релігії прихованих елементів всієї системи дозволяє нам стверджувати про неможливість, з одного боку, цілковитого та безперешкодного входу України у західноєвропейську цивілізацію, а з іншого – ізоляціонізму, який своєю сутністю передбачає повну і цілковиту закритість. Зовнішні прояви штурму на приховані елементи, наприклад, православної релігії є свідченням про наявність релігійних війн, метою яких є побудова нових релігійних цінностей, тобто цілковито іншої системи релігійних цінностей. Саме ці процеси і цікавлять медицину в якості дослідження впливу на психіку людини через різноманітні канали, навіювання, психосоматичний канал, НЛП та різних сугестивних процесів.

Спільна взаємодія медицини та релігії дозволить зберегти культурну ідентичність, яка є однією з головних умов для цивілізованого діалогу. Саме від визначення їх ідентичності і залежить місце, роль тієї чи іншої культури та релігії в процесі глобальної взаємодії, а також і збереження власних фундаментальних цінностей як основи буття культури та релігії в тісному зв'язку з медициною. Культурна ідентифікація є особисто внутрішнім явищем будь-якої культури, так само як і релігійна ідентифікація є базисом релігії. Відтак проблема визначення української ідентичності відроджується та є актуальною, позаяк останнім часом Україна завзято демонструє свою думку по відношенню глобальних процесах світу зокрема, у політичній, релігійній соціокультурній взаємодії та медичних сферах. Культурна та релігійна ідентичність України визначається геополітичними

і ментальними та медичними особливостями. В історичному розвитку Україна перебувала в світі європейського розвитку, хоча постійно зазнавала вплив з боку російської держави а також різних етносів і конфесій. Тому українська культура наповнена великою кількістю альтернативних контекстів та комунікацій. Загальна висота комплексності всієї системи є запорукою стійкості цієї системи до зовнішніх впливів. Тому комплексність української культури виступає її основою як цілісного державного утворення а ментальні особливості української культури надзвичайно тісно пов'язані з концептуальними засадами православ'я наприклад, як основи духовного життя, які направляють людину не на матеріальні, а на духовні цінності, не на раціональне, а на ціннісно-культурне сприйняття дійсності.

Відтворення культури та релігії на перших початках, відповідно до конструктивістської логіки є неможливою, бо вони завжди залишаються заангажованими на своїх твердженнях. Культура, релігія та медицина мають жити у своїй власній дійсності, тільки таким чином вони будуть недоступними для політичних маніпуляцій, оскільки релігія і медицина це є дві найвищі цінності котрі торкаються потаємного людського буття.

Література:

1. Арестова, О.Н. О соотношении физических и смысловых параметров коммуникативного пространства / О.Н.Арестова, И.А.Пахомов. – Вопросы психологии. – 2002. - №2. – С.112 – 123.
2. Бергер, П. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания / П.Бергер, Т.Лукман. – М.: Academia-Центр; Медиум, 1995. – 323 с.
3. Дюркгейм, Э. Представления индивидуальные и представления коллективные/Э.Дюркгейм. Социология. Ее предмет, метод, предназначение. – М.: Канон, 1995. – С.5 – 140.
4. Дюркгейм, Э. Элементарные формы религиозной жизни // Мистика. Религия. Наука. Классики мирового религиоведения. Антология. — М.: Канон+, 1998. -С. 175-231.
5. Енчева, С. Православная этика и дух посттоталитаризма /С.Енчева. - Религия и церковь в центрально-восточной Европе в начале XXI века.- М.: ИНИОН РАН, 2006. — С.107-114.
6. Еременко, В.П. Православная концепция исторического процесса в свете современности./В.П.Еременко. – Киев: Вища школа, 1991. – 206 с.
7. Жаловага, А. С. Антропологічна природа християнства: монографія / А. С. Жаловага. – К.: 2008. - 288 с. - Бібліогр.: с. 276 – 288.
8. Луман, Н. Тавтология и парадокс в самоописаниях современного общества/Н. Луман. – Социо-Логос. – М.: Прогресс,1991. – Вып.1. – С.194 – 219.

ДУХОВНА ПСИХОІНТЕГРАЦІЯ ЯК УСВІДОМЛЕНЕ УПРАВЛІННЯ ЗДОРОВ'ЯМ

*Здоров'я не завжди приходить
з допомогою медицини.
Велика його частина приходить від
душевного спокою, любові в серці і душі.
(Луїза Хей)*

Сучасне осмислення ціннісного потенціалу здоров'я дає фундамент для актуалізації інших потенцій людини. В усі віки спосіб розуміння людьми таких понять, як «здоров'я», «благополуччя», «щастя», суттєво впливав на самопочуття людини, її переживання, діяльність, ідентичність та інші важливі параметри життєдіяльності. Адже поняття «здоров'я», незважаючи на спрощеність його розуміння в побуті, є складним, багатозначним і неоднорідним феноменом, у якому відбиваються найсуттєвіші аспекти біологічного, соціального, психічного, духовного й культурного буття людини у світі. З огляду на те, що здоров'я є основним поняттям медицини, філософія, психологія, прагнучи подолати плюралізм медичних визначень цього поняття, підійшли до вивчення закономірних взаємозв'язків, які призводять до зміни стану організму людини. Те, що вирізняє наш час, і те, що ймовірно, в майбутньому проявиться ще чіткіше, пов'язано з розумінням здоров'я не лише в негативному плані, як «здоров'я від» – в сенсі свободи від хвороби, але і як «здоров'я для» – в сенсі тих можливостей діяти, реалізувати себе, які відкриті людині, оскільки вона здорова. Здоров'я при цьому виступає не просто як дещо безмірне, але як те, що співвідноситься з можливостями і здатностями людини.

Сучасний світ привносить багато нового і не завжди корисного у спосіб життя. Складається враження, що людина стає загубленою мікроскопічною часткою великого техногенного процесу, що набирає обертів. Розвиток людського суспільства супроводжується змінами у всіх сферах життя. Більшою мірою інтелект візуалізує працю, збільшується відповідальність кожної людини за його результати, ускладнюються міжособистісні відносини, різко зростає обсяг інформації. Відбуваються процеси наростаючої психологізації, суб'єктивізації сучасної людини. З цих причин порушується гармонійний зв'язок людини з оточуючим світом, відбувається протиставлення природі. Медична сутність цих процесів – підвищення ступеня психологічних навантажень, підвищення вимог до нервової системи, що може виражатися порушеннями психічного стану, захворюваннями внутрішніх органів, поєднанням психічної та соматичної патології. Відплата незворотна: за неправильність свого буття, високий рівень стресу, погіршення екології знижують рівень її адаптації і самопочуття, що призводить до виникнення хронічних і психосоматичних захворювань.

Саме тому, питання, що пов'язані зі здоров'ям, з підтриманням здорового способу життя, власною реалізацією стають актуальними і життєво важливими.

У статуті Всесвітньої організації здоров'я (ВООЗ) здоров'я визначається як «стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки як відсутність хвороби або фізичних дефектів».

Можна також ствердити, що здоров'я – це функціональний стан організму людини, що пов'язаний з повноцінною роботою органів і систем, який забезпечує тривалість життя і здатність людини до оптимальної соціальної активності.

Така аргументація поняття здоров'я в повній мірі належить до класичного його трактування і розуміння.

Метод духовної психоінтеграції включає в себе об'єднання технологій сучасної квантової (світлової) науки і давніх духовних енергетичних систем.

Сучасна модель здоров'я представлена цілісною системою організму, до якої належать чотири структурні рівні: ментально-духовний, психічний, соціальний і матеріально-фізичний. Відсутність гармонії і рівноваги у цих системах призводить до хвороби. Здоров'я - це не відсутність хвороби, а повне фізичне і психологічне благополуччя, це стан повного порядку у системі. Тіло є лише частиною людини. Воно найдоступнішим відчуттям, а тому найбільше привертає увагу. Що є складовою фізичного здоров'я? Це перш за все духовна, психологічна і соціальна складова.

Разом із біологічною системою (тілом) у людини існує і енергетична система. Енергія потрібна для росту і розвитку, функціонування органів і систем.

Людина знаходиться в потоці інформації та енергії, споживає їх, трансформує й випромінює у вигляді хвиль. Біополе утворюється завдяки об'єднанню всіх хвиль, які випромінює організм. Нестача енергії призводить до порушення функціонування організму і його життєдіяльності.

Вчені давно погодилися, що емоції людини пов'язані не тільки з її настроєм, але і викликають певні біохімічні реакції в тілі. А, значить, відчуючи певні емоції, людина піддає біохімічному впливу свій організм. Таким чином, пов'язують психічні процеси з тілом. Так виникає психосоматичний ланцюжок причинно-наслідкових зв'язків у виникненні хвороб.

До базових компонентів психіки відносяться емоції і думки. Первинним виступають психічні проявлення у базових емоціях. Завжди наше тіло реагує на наші емоції тілесно. Виділяють п'ять базових емоцій: страх, образа, гнів, агресія, тривога. Ці ситуативні емоції виникають на конкретні взаємодії людини з навколишнім середовищем. Де «живуть» і нагромаджуються наші емоції? В нашому фізичному тілі, а саме агресія – це серце, нервова система, серцево-судинна система; гнів – високий його рівень, призводить до хвороби ендокринної системи, «б'є» на хребет, суглоби і кістки; страх – руйнує сечостатеву систему, голову, живіт; тривога - шлунково-кишковий тракт; образа – дихальну систему. Як «народжується» хвороба? Першим таким симптомом є погані настрої. Чому настрої? Що означає «настрої»? А це наявність в нас «трію»: духу, душі, тіла. Якщо на рівні нашого Духу і Душі ми щось не сприймаємо, виникає відчуття «неспокою душі», а це призводить до

незадоволеності, яка має здатність до нагромадження і прояву вже на рівні нашого фізичного тіла. Саме тоді, коли ми дозволяємо нашим негативним емоціям керувати нами, відбувається дисгармонія у тілі. Тіло хворіє тоді, коли в ньому накопичується емоція.

Але кожна з цих емоцій має і своє позитивне призначення. Якщо перекласти саме поняття «емоція», то в перекладі означає «хвилювання», «збудження», «енергія, що рухається на зовні». Розглядати ці емоції як суто негативні було б не зовсім правильно. Саме в них закладена рушійна сила нашого розвитку. Так, та ж сама тривога у своєму позитивному прояві спонукає нас до дій; образа спонукає працювати над прощенням, прийняттям; агресія вчить людину вдячності; гнів вчить творчості.

Отже бути здоровою людиною означає бути гармонійною у всіх сферах свого прояву.

Сідоркіна О. М., Пода Т. А., Скиба О. П.,
Національний авіаційний університет,
podatetiana@ukr.net

ФІЛОСОФСЬКІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНИХ ЗНАТЬ У СТАРОДАВНІЙ ГРЕЦІЇ

Медицина стародавньої Греції як один з напрямків розвитку науки і практики пройшла тривалий період свого формування, а її основні положення та конкретні здобутки мали своїм підґрунтям певні філософські ідеї та уявлення про людину і світ. Досягнення давньогрецької філософії вийшли до культурної скарбниці людства. Але при цьому, грецька філософія не виступала самостійною галуззю знань, а складала єдине ціле з наукою як такою, що проявлялося вже у період Іонійської Греції (VI-V ст. до н.е.). Медицина була однією з наук, якою активно займалися стародавні греки. Особливістю зазначеної галузі знань, як і інших наук, було наявність кількох шкіл, які часто суперничали між собою. Так у період класичної Греції із усіх медичних шкіл найбільшим авторитетом користувалася кноська школа, представником якої був Гіппократ (середина V ст. до н.е.), який вважається засновником наукової медицини. Йому належить велика кількість творів за різними галузями та розділами медицини – патології, хірургії та ін. Основним принципом лікування Гіппократа виступав т. зв. органічний принцип, який передбачав в усьому слідувати природі і лише у випадку, коли сама природа не дає зцілення, застосовувати більш радикальні – хірургічні засоби впливу на людський організм. Слід відмітити, що Гіппократ та його послідовники займалися не тільки питаннями практичної медицини, але й проблемами більш широкого плану. Зокрема, це знайшло своє відображення у спеціальному трактаті (створеного, як вважають, самим Гіппократом, або його учнями) «Про повітря, води та сушу» викладена теорія про роль кліматичного фактору у розвитку людського організму, оскільки географічні умови місцевості, особливості клімату у плані співвідношення води і суші дозволяють пояснити і особливості організму людини і самих хвороб [2, с. 335].

Раціоналізм Гіппарха у галузі медицини був тісно пов'язаний із загальним рівнем розвитку філософської думки Греції у класичний період, формуванням її основних шкіл і напрямків, а також тими ідеями, які лягли в основу поглядів Платона та Аристотеля. Це величезне духовне і культурне піднесення давньогрецького суспільства починаючи приблизно із V ст. до н.е. отримало назву «аттичного просвітництва» [1, с. 97, 3].

У своїй теорії пізнання Аристотель на відміну від Платона (який вважав предметом пізнання світ надчуттєвих «ідей») характеризував матеріальний світ доступним людському пізнанню як джерело достовірних відчуттів. При цьому, відчуття дають лише знання одиничного та особливого у речах, тоді як пізнання загального в одиничних речах досягається лише силою мислення за допомогою теоретичних понять, виведених з відчуттів [1, с. 134-135].

І платонівська Академія, і Лікей Аристотеля (доречі, Аристотель був сином лікаря) істотним чином вплинули на природничі науки того часу, зокрема і на медицину. Про успіхи останньої у період класичної Греції свідчать твори найкрупнішого лікаря IV ст. до н.е. Діокла із Каріста. Він наводить вказівки як правильно побудувати режим дня, щоб зберегти здоров'я у контексті певної пори року, рекомендації щодо гігієни тіла, дієти, раціональної організації дозвілля. Твір цього автора характеризується своїм раціоналістичним духом, що особливо є помітним у порівнянні із сучасними йому надписами, знайденими у храмі Асклепія в Епідаврї, де люди, які одужали описували перебіг хвороби та своє зцілення завдяки певному чуду.

В подальшому ідеї Гіппократа знайшли свій розвиток вже у елліністичну епоху (III-II ст. до н.е.) на тлі загального прогресу точних і природничих наук. У птолемейському Єгипті, де в цей період були створені сприятливі умови для практичної та експериментальної медицини, особливою відомістю користувалися двоє лікарів: Герофіл з Халкедону та придворний лікар царя Селевка Ерасістрат з острова Кеос. Як учень лікаря Праксагора з острова Кос, Герофіл багато у чому дотримувався основних принципів кносської школи Гіппократа, пропагуючи його вчення про чотири «життєвих соки» у людському тілі. Крім цього, він відзначився своїми відкриттями у будові нервової системи, анатомії ока, печінки, мозку, а також став основоположником науки про діагностику за допомогою пульсу.

На противагу Герофілу, який надавав вирішального значення лікам, Ерасістрат Кеоський прописував пацієнтам лише найпростіші народні засоби та дієти, оскільки головну причину усіх хвороб вбачав у неправильному харчуванні. Заперечуючи вчення Гіппократа про життєві соки та гуморальну патологію, Ерасістрат прославився як хірург-практик, дослідник серця і його хвороб і один із засновників патологічної анатомії.

Але з появою емпіричної школи лікарів, заснованої одним із учнів Герофіла Філіном Косським, раціоналістична та практично-дослідна традиція давньогрецької медицини не отримала подальшого розвитку. Справа у тому, що емпірична школа склалася під безпосереднім впливом філософії скептиків і на цій основі взагалі відкидала необхідність вивчення причин хвороб, вважаючи ці причини принципово непізнаними, натомість рекомендувала обмежитися спостереженням за симптомами хвороб та емпіричному

випробуванні дії лікарських препаратів. Саме у тодішній медицині найбільш повно заявив про себе скептичний напрямок у філософії еллінізму [1, с. 152].

Такі філософсько-методологічні позиції сприяли тому, що дослідження олександрійських медиків III ст. до н.е. не були продовжені їхніми учнями, а багато з відкриттів Герофіла та Ерасістрата опинилися забутими. Тому значну кількість відкриттів у галузі медицини, що відносяться до даного періоду, у Нові часи довелося здійснювати заново [1, с. 158]. Отже, розвиток медицини у стародавній Греції спирався на методологічні постулати, які вироблялися філософською думкою і проявилось у формуванні різних лікарських шкіл, що обстоювали власні підходи до теорії і практики лікування хвороб людини.

Література:

1. Куманецкий К. История культуры Древней Греции и Рима / К. Куманецкий // Пер. с польск. – М.: Высшая школа, 1990. – 351 с.
2. Сергеев В. С. История Древней Греции / В. С. Сергеев // Под ред. акад. В. В. Струве и проф. Д. П. Каллистова. Издание третье, пер. и доп. – М.: Издательство восточной литературы, 1963. – 524 с.
3. Чанышев А. Н. Курс лекций по древней и средневековой философии / А. Н. Чанышев // Учеб. пособие для вузов. М.: Высш. шк., 1991. 512 с.

Осташук І. Б.,

Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова,
ostaszczuk@ukr.net

ХРИСТІЯНСЬКЕ МУЧЕНИЦТВО ХХ – ХХІ СТОЛІТЬ: БОГОСЛОВСЬКО-АНТРОПОЛОГІЧНИЙ ВИМІР

Християнське мучеництво супроводжує історію цієї релігії від самого її початку та виразно підкреслює основоположні істини віровчення – свідчення віри у воскресіння через наслідування страждань Ісуса Христа.

Мученики становлять один із основних шляхів досягнення святості, а також приклад життя, що демонструє світові вірність своїм переконанням. Мартирологи належать не лише давнім епохам переслідувань християн, відомих зі сторінок історії, але й, на жаль, поповнюються у сьогоденні, оголюючи актуальні глобальні проблеми державного тоталітаризму й релігійного екстремізму, радикалізму. Можемо назвати нацистські та комуністичні концтабори, переслідування християн у Східній Європі, гоніння в Китаї та Північній Кореї, гоніння в Мексиці та антиклерикалізм в Іспанії, етнічні війни в Руанді та Бурунді, гибель єпископів та священників в Латинській Америці, трагедія християнської меншості в мусульманських країнах, геноцид християн у Нігерії, вигнання та фізичне знищення коптів у Єгипті, пакистанський закон «про богохульство» тощо [2].

Сам Ісус Христос у зверненні до своїх апостолів підкреслив, що їм випаде прийняти немало випробувань і страждань: «Оце посилаю Я вас, як

овець між вовки. Будьте ж мудрі, як змії, і невинні, як голубки. Стережіться ж людей, бо вони на суди видаватимуть вас, та по синагогах своїх бичувати вас будуть. І до правителів та до царів поведуть вас за Мене, на свідчення їм і поганам. А коли видаватимуть вас, не журіться, як або що говорити: тієї години буде вам дане, що маєте ви говорити, бо не ви промовлятимете, але Дух Отця вашого в вас промовлятиме. І видасть на смерть брата брат, а батько дитину. І діти повстануть супроти батьків, і їх повбивають. І за Ім'я Моє будуть усі вас ненавидіти. А хто витерпить аж до кінця, той буде спасений» (Мт. 10, 16-22). Як бачимо, ненависть до послідовників Христа ґрунтується на тому, що вони намагаються бути людьми горнього світу, попри власну недосконалість і гріховну природу. Мабуть, найвідоміша сентенція Тертуліана про християнське мучеництво – «*sanguis martyrum semen christianorum*» («кров мучеників – насіння християн») – виражає його квінтесенцію: це таке жертвне наслідування Ісуса в Його жертвній смерті, що дає не тільки індивідуальне спасіння душі (з точки зору сотеріології), а й дарує духовні плоди у житті інших християн, зокрема тих, що історично віддалені від реального (часто поданого у напівміфічних агіографічних оповідях, в яких складно виділити історичну правдивість від побожного домислу) життя самовідданих послідовників Христа.

Варто пригадати традиційне християнське розуміння мучеництва, що сформувалося ще в епоху раннього християнства. Грецька лексема *μάρτυς* означає «свідок». Український переклад «мученик» не зовсім вірно передає первісну семантику цього слова, котре навіть у новогрецькій мові позначає, скажімо, «свідка в суді». Ранньохристиянські автори, ведучи мову про мучеників, називали їх «свідками Христовими», що сміливо захищали свою віру навіть перед небезпекою жорстоких переслідувань і смерті. На слов'янському мовному ґрунті (на відміну, наприклад, від романо-германських мов) у перекладі акцентується на муках і стражданнях. У давньоримському судочинстві піддавали тортурам усіх засуджених, це було тогочасною нормою в процесі дізнання. Для християн справжньою цінністю було не саме по собі страждання, а готовність прийняти їх заради Христа. Для ранніх християн мученики були не тільки сповідниками віри, але й борцями (*αθληται*) за віру. Їхні страждання і тортури сприймалися не як пасивна поразка, а як триумфальний подвиг продовжувачів апостольської місії. Тому не випадково на іконах мучеників переважно зображується (поруч із знаряддями тортур і страти) пальмова гілка – давній символ царського достоїнства й героїчного триумфу. Отож, мучеництво було не одноразовим актом смерті, а передусім процесом визнання віри в Ісуса Христа.

Своїм подвигом мученики намагалися наслідувати Ісуса Христа на основі віри у воскресіння («наслідування страждань Христових»). Ще у катакомбний період християнства сформувалося справжнє розуміння мучеництва, яке чітко відрізнялося від юдейської (історія страти Маккавеїв, які померли за свій народ заради незалежності Ізраїля) й антично-язичницької (культ героїв, ларів, пенатів із його апофеозом та визнанням їхнього божественного походження) традицій. Подвиг християнських мучеників базувався на вірі у воскресіння та сприйнятті своєї смерті як слідування шляхом Ісуса Христа, переходу у вічне блаженне буття [3, с. 64–67].

Новозавітний і ранньохристиянський приклад наслідування Христа, ідеал святості та християнської стійкості був водночас прагненням до якнайвідданішого уподібнення з Ісусом Христом в Його стражданнях і смерті. Алюзію до такої настанови знаходимо у Посланні св. апостола Івана: «Ми з того пізнали любов, що душу Свою Він поклав був за нас. І ми мусимо класти душі за братів!» (1 Ів. 3,16). Мучеництво було християнським ідеалом, найдосконалішим прикладом святості. Саме віддання честі мученикам було початком церковного культу святих (приблизно з середини II ст.). Віра у наслідування Христа аж до смерті мала для Церкви дуже важливе значення у процесах канонізації й визнанні заслуг конкретної особи. Також поширилось переконання, що мученик, який загинув, не будучи охрещеним водою у відповідному церковному ритуалі, завдяки пролитій крові (*baptisma sanguini*) міг сприйматися як повноцінно охрещений (*votum sacramentum*) [6].

Із ранньохристиянських мартирологів відомо, що попри фізичні обмеженості у відчутті болю (больовий шок, втрата самовладання й свідомості та ін.), жоден із мучеників не втрачав свідомості чи сходяв з розуму через нестерпні найжахливіші тортюри. Церква вважає, що така стійкість зумовлена Божою підтримкою, яка, правда, не була якоюсь «анестезією» від фізичного болю, який відчувався цілком реально, а лише духовним підкріпленням у перенесенні страждання [1]. Можна навести чимало прикладів мужнього сповідання віри християнських мучеників, як раннього періоду Церкви, так і сучасності. Прочитуємо фрагмент слів, які приписуються святій мучениці Агафії (III ст.), котра раділа перед смертю та незламна у своєму переконанні вірності Христові після тортур впевнено промовила: «Як пшениця не може потрапити в житницю інакше, як очищена від бур'янів, так і душі не можна увійти в рай раніше, ніж вона очиститься своїми стражданнями...» [4, с.87].

Сучасне мучеництво підтверджує не тільки сприйняття християнських цінностей, драматичність глобальних проблем, але й континуальність справи спасіння, бо ж від самого зародження Церкви мученики сприймалися як ті, що найбільш радикально виконали наказ наслідування Христа. Папа Франциск в одній зі своїх проповідей так виразив болісне усвідомлення ролі мучеництва в XXI ст.: «Ми знаємо, що не буває росту без Святого Духа: це Він творить Церкву, це Він сприяє росту Церкви, Він збирає церковну спільноту. Але також необхідне свідоцтво християн. І коли це свідоцтво доходить до межі, коли історичні обставини вимагають могутнього підтвердження віри, з'являються мученики – величні свідки. Тоді Церква окроплюється кров'ю мучеників. У цьому – велич мучеництва, котре починається зі свідчення та з часом може слідувати прикладу Ісуса, першого мученика й першого вірного свідка, – проливаючи свою кров» [5].

Відомі з мартирологів й іконографічних сюжетів постаті ранньохристиянських святих мучеників, імена яких стали для нас звичними завдяки традиції називання в їхню честь (наприклад, святі Варвара, Катерина Олександрійська, Георгій, Віталій тощо), були страчені внаслідок вироку через порушення державного закону або порядку. Власне, мартирологи як окремий жанр сакральної й історичної літератури виникли внаслідок ретельного записування судових процесів над «свідками» Христа. Якщо ж вести мову про мучеників XX і XXI ст., то вони віддали свої життя не через порушення якихось

законів, а через сам факт їхнього існування та приналежність до християнства. Це було просто цілеспрямоване знищення людської особистості, для чого і не вишукувалося окремих формальних причин. Отже, мучеництво ХХ і ХХІ ст. виходить поза межі усталеної канонізаційної норми, яка розуміла особу мученика як ту, що зазнала смерті *in odium fidei* – через ненависть до віри. Тут мова йде передусім про ненависть до людини як такої.

Здавалось би суто внутрішньо-церковне питання мучеництва в сьогоденні стикається з проблемою байдужості країн Заходу до долі християн Близького Сходу й Африки, що є вагомим показником відповідної інформаційної політики. Однією з малочисленних у справі інформування та допомоги переслідуваним християнам у всьому світі є некомерційна міжконфесійна християнська організація Голос мучеників (*The Voice of the Martyrs*). Сучасний світ потребує однозначного свідчення християн перед різноманітними викликами й загрозами насилля й терору, але водночас усі повинні чути про факти брутального й варварського переслідування сповідників Євангелії. У теперішній західній цивілізації кров мучеників проливається на ґрунт індиферентності, на фоні інформаційної політики, яка більше зосереджена на світських хроніках та оплачуваних політичних шоу.

Від самого початку історії християнства мучеництво залишається радикальним прикладом мужності, жертвовності та святості, оскільки в ньому виражається найдосконаліше наслідування Христа, що осмислено в теологічному й літургійному вимірах. Християнське мучеництво ХХ–ХХІ ст. відрізняється від ранньохристиянського тим, що репрезентує прагнення фізичного знищення конкретних людей не тільки у порушенні певних законів чи в боротьбі з релігійно-культурною ідентичністю, але й намагання знижити просту людину через сам факт її існування. Така особливість переслідувань сучасних християн у теологічному аспекті виражає співпричетність мучеників до приниження людської природи і голгофської жертви Христа.

Література:

1. Кирилл, патр. Слово в день памяти святой мученицы Татианы в домовом храме МГУ / патриарх Кирилл [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.patriarchia.ru/db/text/1978901.html>
2. Риккарди А. Век мученичества. Христиане двадцатого столетия / Андреа Риккарди. – М. : Издательский дом «Познание», 2018. – 784 с.
3. Федосик В. А. Мученичество в раннем христианстве: очерк исторического восприятия / В. А. Федосик, В. В. Яновская, О. А. Яновский. – Минск : Белорусская Православная Церковь, 2011. – 255 с.
4. Филарет Преосв. Жития святых / Преосв. Филарет. – М. : Эксмо, 2009. – 928 с.
5. Франциск, папа. Сегодня больше христианских мучеников, чем в первые века / папа Франциск [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://ru.radiovaticana.va/news/2014/07/01/>
6. Hermans J. Męczeństwo — wzór chrześcijańskiego męstwa i świętości / Tłum. E. Mendyk / J. Hermans [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://mateusz.pl/duchowosc/jh-meczenstwo.htm>

АНТОНІЙ СУРОЖСЬКИЙ ПРО ВІРУ, ДОВІРУ, КОМУНІКАЦІЮ В ЛІКАРСЬКІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

Гуманітарна складова вищої медичної освіти покликана дати майбутнім лікарям комплекс фахових знань, що складають неусувну основу ефективної роботи з пацієнтами. Складність полягає в тому, що деякі суттєві аспекти лікарської діяльності не передбачають простих і однозначних теоретичних визначень. Так, розглядаючи моделі відносин між лікарем і пацієнтом (на семінарських заняттях з біоетики, етики, філософії або дисципліни «Теорія пізнання та медицина»), студенти слушно називають формування стосунків довіри одним із важливих завдань лікаря, що здатне забезпечити якісну комунікацію з пацієнтом. Проте вже наступне запитання: що являє собою віра (або довіра) і як її досягти, - дає привід згадати, що сучасне українське суспільство є, по-перше, секуляризованим і, по-друге, належить, за визначенням Ф.Фукуями, до суспільств з низьким рівнем довіри. Тобто, у молодій людини – студента в українському суспільстві не завжди є шанс одержати власний позитивний досвід довіри і як наслідок – достатні підстави до його аналітичного обговорення.

За таких умов варто звернутись до характеристики феноменів віри, довіри, комунікації, запропонованої у філософській, релігійній, лікарській думці останнього століття. Зокрема, у спадщині видатного православного мислителя і лікаря митрополита Антонія Сурожського (Антоній Блум, 1914-2003) знаходимо чимало правдивих міркувань про природу віри. На його думку, складність розмови про віру завдана тим, що сутність віри не може бути виражена системою понять. Основою віри є досвід, а саме, досвід зустрічі: якщо йдеться про релігійну віру, це досвід зустрічі з Богом. Проте думка мислителя не обмежувалась лише характеристикою релігійної віри, він зазначав, що у вірі є елемент універсальний, віра – це досвід вселюдський, і її предмет – не завжди Бог [1].

Християнська традиція вважає віру в людину не менш значущою, ніж віру в Бога, налаштовуючи «прозрівати в людині образ Божий»: «...немає жодної людини, в якій ...живий образ Божий не продовжує жити і діяти. Немає жодної людини, яка не є іконою. ...багато з того, що ми називаємо людським, насправді є гранню Божественного...» [2]. І якщо так, то і віра в людину реалізовується через особистісний досвід зустрічі. В праці «Матерія і дух» (розділ «Людські цінності в медицині») Антоній Сурожський проникливо пише про особливий досвід зустрічі лікаря і пацієнта: «...пацієнт вірить в добротність лікаря... дозволяє... бачити своє тіло, торкатися до нього. Цей момент робить можливою зустріч на такому рівні, на якому інакше неможливо зустрітись...» [3].

Антоній Сурожський влучно окреслює асиметрію у цій зустрічі, визначає «слабку» і «сильну» позицію у відносинах довіри: пацієнт – «безпомічний, без

надії, в страху, не знає, що робити», лікар – «джерело спасіння, допомоги, уваги, піклування» і разом з тим – «людина, у якої є свідомість значущості, ... священності людського тіла», адже тіло бере участь в особистісній цілісності людини [3].

Таким чином, довіритись можна не якомусь керівному принципу чи науковому закону, а тому, хто особисто промовляє до тебе: Авраам довіряє Богу, пацієнт – лікареві. Особистісний досвід обґрунтовує віру, стає довірою, впевненістю, дає надію. Зазначимо, що «філософія зустрічі» у XX столітті зазнала плідного різнопланового опрацювання в працях К.Ясперса, О.Больнова з метою характеристики екзистенціальної комунікації.

Певні підходи у визначенні відносин між лікарем і пацієнтом як екзистенціальної комунікації спостерігаємо і в Антонія Сурожського, особливо в тій частині його праць, що торкається теми наукового пізнання, зокрема, медицини. Звідси його переконання в тому, що підхід лікаря не може бути просто «науковим», а пацієнт ніколи не може розглядатись як предмет об'єктивного дослідження, як об'єкт лікувальних маніпуляцій. Він відстоював необхідність глибокої співпраці між лікарем і пацієнтом: «... Якщо він не співпрацює, не розуміє, що з ним відбувається, не бореться за життя, за цілісність разом з лікарем, то ліки не завжди можуть допомогти...» [3]. Отже, людська спільність, солідарність як найзагальніша основа довіри мусить поєднувати лікаря і пацієнта. При тому Антоній Сурожський, детально оглядаючи емпатичні складові лікарської діяльності (співчуття і жалість, бажання допомогти і повагу до людини, готовність полегшити страждання і т.ін.), дає дуже глибокий і нетривіальний коментар щодо лікарської емпатії, який знімає проблему емоційного виснаження лікаря: «...пацієнт не потребує, аби ми відчували його біль, страждання, він потребує нашої творчої чуйності на його страждання, творчого відгуку, тому що ця людина ... значуща...» [3].

Наведене вище спонукає в наступному з метою порівняння релігійної та філософської позицій щодо феноменів довіри, віри, комунікації звернутись до огляду ідей екзистенціальної філософії, зокрема, К.Ясперса, О.Больнова. На перетині різних типів дискурсивних практик можливо знайти вагомні аргументи для обґрунтування ціннісних складових у навчанні майбутніх лікарів.

Література:

1. Антоний, митрополит Сурожский (А. Блум). Беседы о вере и Церкви / [Электронный ресурс]. – Режим доступа (від 19.05.2019): https://azbyka.ru/otechnik/Antonij_Surozhskij/besedy-o-vere-i-tserkvi/
2. Антоний, митрополит Сурожский (А. Блум). О встрече / [Электронный ресурс]. – Режим доступа (від 19.05.2019): https://azbyka.ru/otechnik/Antonij_Surozhskij/o-vstreche/
3. Антоний, митрополит Сурожский (А. Блум). Материя и дух / [Электронный ресурс]. – Режим доступа (від 19.05.2019): https://azbyka.ru/otechnik/Antonij_Surozhskij/materija-i-duh/

ІБН СІНА: ВИДАТНИЙ ЛІКАР ТА ФІЛОСОФ СЕРЕДЬНОГО СХОДУ

Найвизначніший представник арабської медицини - лікар і філософ Ібн Сіна (Авіценна) (980-1037 рр.). Ім'я Ібн-Сіни стоїть по праву наряду з Гіппократом, Галеном і Аристотелем. Зберіглася значна частина філософських і наукових творів Ібн-Сіни. Його роботи, написані в основному арабською (деякі – на фарсі), охоплюють, крім філософських дисциплін, хімію, геологію, граматику, поезику, історію коранічну, екозетику, містику.

Автор понад 100 творів в різних галузях знання. Авіценна встановлює відмінності між чумою і холерою, плевритом і запаленням легень, дає опис прокази, діабету, виразки шлунка і т.д. Досвідчений хірург, Ібн-Сіна дав докладний анатомічний опис людини, але особливий його внесок полягав у дослідженні та описі діяльності головного мозку. Перекладений в XII ст. латиною Канон до XVII ст. служив основним керівництвом для європейських медиків.

Наукова і філософська спадщина Ібн-Сіни є дуже важливою сполучною ланкою єдиної культурної традиції людства. Вчений вніс нове в багато областей наукової діяльності. Його трактати були надзвичайно популярні на Заході та Сході.

Згідно з Ібн-Сіною, філософія є вся сукупність людського знання і в цьому сенсі вона тотожна всій людській мудрості «Хікмет», за його термінологією. За своїм складом філософія ділиться на проблематику теоретичного розуму – філософію пошуку істини, і проблематику практичного розуму – життєву філософію пошуку блага.

Центральне місце у вченні Ібн-Сіни займає теорія еманачії. Згідно до цієї теорії, всесвіт – це еманачія (випромінювання) божества, де Бог виступає необхідним буттям, першою дійсною сутністю.

Як вчений та філософ Ібн-Сіна вважав, що релігія невіддільна суду науки, але постійно перебуває в компетенції наукового аналізу, оскільки в її витках приховано первісну рефлексію людського життя, тобто те, що об'єднує її з філософією від початку свого виникнення. Ібн Сіна завжди пам'ятав слова Аристотеля: «Однак бог та природа нічого не робить дарма» [3, с. 247].

Авіценна не підтримує теорію перевтілення душі, оскільки це пов'язує тіло з душею. Мета останньої максимально відокремлена від почуттів, тому що це перешкоджає пізнанню Бога. Душа є безсмертною. Мусульманська концепція визнає поєднання душі й тіла під час страшного суду, для нагородження праведників усіма благами, в тому числі й тілесними. Ібн Сіна проти цієї концепції; він вважає, що душа безсмертна і постійно існуватиме тільки у своїй духовній суті. Після смерті вона постійно існуватиме як духовна матерія, не поєднуючись з тілом. У цьому стані душа людини, позбавлена почуттів (того, що перешкоджає пізнанню істини), стає подібною до янголів і осягає всю повноту істини без вчителів і грамоти. [4, с. 185].

Він відзначав тісний взаємозв'язок людського тіла і душі в своїй «Поемі про медицину». Ось її фрагмент:

*Про сили душі
Є дев'ять сил душі, як не вважають,
Із них для відчуттів нам дані п'ять:
Смак, дотик, зір і слух,
І нюх - людини дух.
Є сила - в м'язах укладена,
Суглоби рухає люто вона.
Є сила, що, як в дзеркалі, бува
Таїть в свідомості всіх образів дива.
Є сила, що штовха думки вперед,
І та, з чим пам'ять віщя живе.*

Отже, Ібн-Сіна вважав, що наукові дослідження, які він здійснював, цілком виправдовуються ісламом – якщо виходити з того, що Аллах наділив людину часткою свого розуму і дозволяє нею користуватися заради пізнання світу та людини, збереження її життя та здоров'я. Ще раз варто нагадати ісламське твердження про те, що Аллах посилає різні захворювання лише коли знайдені ліки від таких захворювань. І знаходити такі ліки мають люди, а зокрема, такі фахівці як Ібн Сіна. Тому так високо цінувалась кваліфікована медична діяльність, розвивалась мережа лікарень, відбувався ефективний пошук фармацевтичних засобів лікування.

Саме таке розуміння своєї богоданої діяльності давало наснагу Ібн-Сіні наполегливо шукати різноманітні знання, оволодівати ними, зокрема медичними, всебічно використовувати їх в ім'я Аллаха на користь людям. Шляхетний характер лікарської діяльності Ібн Сіни виявлявся у лікуванні не лише можновладців, а й простих співвітчизників свого часу.

На думку Ібн-Сіни, людина за своєю природою прагне до хорошого, але пристосовується до впливу навколишнього середовища, в залежності від освіти, і змінюється. Філософ вважає, що всі моральні якості набуваються, і у людини є можливість до того, як складеться характер, зберегти ці якості; і коли душа зіткнеться з поганими якостями, людина зможе протистояти їм, проявивши силу волі [1, с. 19].

Своїм життям та служінням науці, медицині та філософії Ібн-Сіна виявив кращі риси філософа, лікаря, вченого і тим самим заклав перспективні напрямки їх подальшого розвитку, і головний з них – необхідність етичного супроводу результатів наукових досліджень та розвитку техніки і технологій.

Література:

1. Гололобова К.О. (2017). Філософія Близького та Середнього Сходу VII – XIV ст.ст.: Глосарій. – К.: Вадекс, 2017. 170 с.
2. Ібн Сіна. Вибране // Пер. М. В. Попова. – К., 2005. – 112 с.
3. Творча спадщина Ібн Сіни та сучасність // Кол. Монографія (відп. редактор М. В. Попов, М. С. Ватанха). – К.: Асканія, 2009. – 376 с.
4. Ухтомський А. О. Арабомовна філософія Середньовіччя. - К. : Вид. відділ УПЦ, 2012. – № 16. – С. 173-192
5. Хеллер М. Творческий конфликт. О проблемах взаимодействия научного и религиозного мировоззрения. – М.: ББИ, 2004.

СУЧАСНА НАУКОВА ТА ХРИСТИЯНСЬКА ПСИХОЛОГІЯ: ПАРАЛЕЛІ ТА СПАДКОВІСТЬ

В Україні наявні тенденції християнізації психології. Відбувається це завдяки добрій волі фахових психологів, педагогів та лікарів, які свої знання та навички кристалізують навколо системи християнських цінностей. Як правило, вони є «вихідцями» із найбільш інтелектуальних вірян, які на практиці намагаються поєднати власну професію та особисті переконання: психокорекцію з душпастирством. Спостерігаємо й зворотні процеси, коли вихованці теологічних навчальних закладів оволодівають базовими психотерапевтичними навичками, корисними не лише для душпастирства, а й для сімейної та вікової психотерапії, допомоги при кризових станах тощо. Як в першому, так і в другому випадках стратегія допомоги формується на перетині християнського світогляду та професійного знання з привнесенням ідей, запозичених із різноманітних філософських систем та психологічних методик. Чи то у випадку християнізованої психології, чи психологізованого душпастирства складно буває провести межу між першим та другим, навіть коли йдеться про медичну психологію. Підтвердженням цього є перелік дисциплін, які пропонуються, наприклад, слухачам Факультету наук про здоров'я Українського католицького університету, в якому існують магістерські програми: «Клінічна психологія: психодинамічна теорія» та «Клінічна психологія (когнітивно-поведінкова терапія)» в межах яких читаються такі обов'язкові дисципліни: «Психіатрія з основами психофармакології», «Класифікація та діагностичні критерії психічних розладів», «Психотерапія, нейронауки та генетика», «Історія та сучасність клінічної психології та психотерапії», «Дослідницькі методи в клінічній психології та психотерапії», «Прикладна психолінгвістика», «Клінічна практика», низка дисциплін вільного вибору, що включають сучасні методики консультування та психотерапії. Практичний досвід із супервізією студенти цього закладу проходять на базі Львівського обласного клінічного психоневрологічного диспансеру та на інших 14-тьох базах практики [3], що засвідчує вагомість професійних мотивів.

Наразі явища християнізації психології істотно не впливають на розвиток психологічної науки. Більшість сучасних психологічних теорій та шкіл декларують свою матеріалістичну спрямованість, тлумачачи психічне життя людини з позицій психосоматичної взаємодії, без привнесення «фактора» Бога. Більшість фахівців-психологів воліють пов'язувати теперішнє і майбутнє своєї науки з природничими та навіть точними науками, частково – з філософією, але жодним чином – не з богослов'ям. Свою зацікавленість релігійною проблематикою вони визначають функціонально, у річиді впливу релігійної віри на психо-емоційний стан людини та спільнот, ранжуючи ступені цього впливу – від компенсаторного до руйнівного. Серед психологів-матеріалістів певна частина асоціює віру в Бога з надлишковою емоційністю чи навіть

хворобливими душевними станами, як наприклад, З. Фрейд, наполягаючи на тому, що релігія є загальнолюдським нав'язливим неврозом та шкідливою ілюзією. Звісно, так вважають не всі. Відомою є позиція засновника логотерапії В. Франкла та гуманістичного психоаналіза Е.Фромма, які прихильніше ставилися до релігії, визнаючи плідність релігійного досвіду для особистісного зростання, класифікуючи його як варіант норми і шлях людини до самоактуалізації. Зазвичай психологія розглядала релігію як один із інструментаріїв допомоги людині, але не панацею й звісно – не самодостатню цінність. Душпастирство, навпаки, такий інструментарій вбачало в психології, не упускаючи з поля зору основну мету – поновлення зв'язку людини з Богом, що й втамовує душевне сум'яття і приносить внутрішній спокій. Вважається, що на цьому шляху душпастиря-психолога та його підопічного спрямовує Бог, який і є тим Третім співбесідником у їхньому спілкуванні.

Існує суттєва відмінність тлумачення генези душевних негараздів, як їх розуміють психологія та релігія. Стисло, психологія причину душевної дисгармонії вбачає в декількох факторах: соціальному (в найширшому сенсі цього слова – починаючи від неправильного виховання в сім'ї та закінчуючи перманентними суспільно-політичними перетрубаціями); генетичному – йдеться про негативну спадковість, схильність до психічних розладів чи хвороб; органічному – ураженню мозку чи якихось загальних хвороб, які впливають на психо-емоційний стан людини. Останньою за переліком, але не за значенням є здатність людини до самовідновлення та рівноваги, вміння «втримати» себе навіть за складаних нестерпних умов життя та, від зворотного, невміння це зробити, що й спричиняє душевні тривоги. В будь-якому випадку йдеться про поєднання даності, того з чим людина змушена жити і не може змінити (есенціалізм) та свободи – того, що вона, навіть за складних обставин, змінити спроможна (екзистенціалізм).

Іншу тенденцію спостерігаємо в християнській психології, яка ґрунтується на християнській теології. В її основі покладена есенціалістська модель людської особистості відповідно до якої її ядром є душа, безсмертна субстанція, споріднена із трансцендентним джерелом. Людина була створена в повноті Божественної Благодаті, за «образом і подобою Бога» (Бут. 1:26), який є Особистістю. Отже, вона есенційно – особистість. До гріхопадіння уособлювала досконалу людську особистість, що перебувала в єдності із трансцендентним началом. Так само есенційно, після гріхопадіння, кожна людина несе печатку першородного гріха, який й становить джерело патологічних станів психіки, детермінуються незнанням або неповним чи спотвореним знанням про Бога в результаті чого й виникає стан гріховності. Якщо гріх виступає безпосередньою зовнішньою дією – вчинком, то гріховність з'являється внаслідок поневолення пристрастями та станами припадності, що змушує людину грішити знову і знову. Утім, грішити чи ні є особистим вибором людини. Природна ураженість не виключає свободи вибору. Людина вільна або поглиблювати прірву ураженості, або жити християнським життям. В такий спосіб поєднуються есенційний та екзистенційний чинники – даність та особистий вибір. Обрати шлях гріха – це піддатися пристрастям. Найчастіше святоотцівська традиція говорить про вісім основних пристрастей: трьох головних – ненажерливість, грошолобство та

марнославство; та п'ять підкорених їм – розпуста, гнів, печаль, лінощі, гордість (гординя)[1]. Отже, порівняно з психологією, спостерігаємо інакше розуміння причин та джерел ураженості людини.

Перебування людини у полоні пристрастей не обов'язково має бурхливий вияв. Більш того, найбільш згубні руйнівні пристрасті супроводжуються емоційною глухотою, скам'янінням, нечуттєвістю до оточуючих людей та світу, тотальним зануренням у гріховний стан. Так само не завжди видимою є боротьба з гріхами. Не випадково у святих отців вона виступає як «невидима битва», що повинна відбуватися не тільки через молитву, а й через розуміння послідовності духовного падіння людини й шляхів повернення до Бога. Наприклад, в православній психології існують різноманітні думки з приводу стадіальності цього процесу. Привертає увагу думка Ю.М. Зенька, який вирізняє такі антидуховні (гріховні) стани: прилог, сполучення, складання, поневолення, пристрасть, принадність, одержимість, смерть духовна [2, с. 679]. Ці стадії виявляють закономірності і глибину поневолення людини гріхом: від спрямування думки людини на предмет (прилог) аж до смерті духовної, що на рівні психіки супроводжується деструктивною поведінкою та роздробленістю особистості, породжуючи психічні розлади. Основними кроками протистояння ним є боротьба з пристрастями та протиставлення гріхам симетричних чеснот: гордості – смирення, блуду – утримання, ненависті – любов тощо. Важливим стають «розумне роблення» – молитва та покаяння мета якого – метаноія («зміна розуму»), духовний та емоційний процес, спосіб докорінного перетворення людської природи, що й становить шлях теозису – обоження як найвищого ступеня наближення людини до Бога. В православній традиції вершиною такого «роблення» є практика „ісихії” („зведення розуму в серце”), поєднання всіх тілесно- і духовно-розумових якостей людини в акті божественної молитви. З позицій психології ісихія становить психосоматичний метод самозаглиблення й медитації, компонентою якого є постійне промовляння молитви.

Секулярно зорієнтована сучасна психологія апелює до ілюзорності віри в Бога, пропонуючи матеріалістичне уявлення про психіку, що можна пояснити за аналогією з «теорією тотожності», розвиненої в межах «філософії свідомості» в другій половині 20 століття (Дж. Сمارт, Д. Армстронг, англ. псих. У. Плейс). В річищі цього напрямку відбулося ототожнення психічних функцій з органічними носіями, що найбільш повно втілює у виразі Д. Армстронга: «Психічне є мозок», коли саме поняття «душа» було невідомо. В цьому ключі фрейдизм і відповідно практика психоаналізу редукувала психіку до фізіології. Натомість серед представників християнської психології спостерігаємо намагання провести паралелі між фрейдистським поділом психіки на три ієрархічних рівня та біблійним вченням про людину, зокрема, коли фрейдистське «несвідоме» розглядається як перебування людини у стані відчуження від Бога. Фундаментальність ставлених мотивів, задекларованих З. Фрейдом не й суперечить біблійній істині про першопочаткову єдність людини та її потяг до воз'єднання. Також визнаним є факт, що історично психоаналітичні практики, зокрема, спілкування психоаналітика та пацієнта, вникли як секулярний аналог сповіді. Основна теза фрейдизму – «повністю психічно здорових людей не буває», відтворює ідею радикальної враженості людини першродним

гріхом. Ідея «розщепленості» та радикальної враженості людини помітна й у споріднених з фрейдизмом аналітичних системах. Зокрема, вона присутня у К.-Г. Юнга, А. Адлера, К. Хорні, Е. Берна, Ж. Лакана та інших. У А. Адлера та К. Хорні привертає увагу акцент на травматизованості людської психіки, що виявляється у комплексі неповноцінності та похідних від нього неврозак. У К.-Г. Юнга спстерігаємо увагу до ідеї «розщепленості» людської психіки, коли кожному бажанню властива його протилежність, що він показує через протиставлення, Тіні як Его, так і Персоні. Невротизація ж особистості виступає наслідком однобічного розвитку якоїсь із «сторін». Ідею «розщепленості» людської особистості зустрічаємо і в Біблії, в Посланні к римлянам св. Апостола Павла, яке засвідчує схильність людини не робити добро, яке вона хоче, а знову й знову робити зло, якого вона не хоче. «Гуманістичний психаналіз» Е. Фромма дещо абстрагуючись від ідеї «розщепленості», увагу зацентрував на іншій християнській універсалії - покликанні людини до свободи, підтримуючи біблійне розуміння людини як вільної істоти, здатної долати власну ураженість, ставши «плідною особистістю», життя якої детермінується не вітальними потребами, а потребою у самоактуалізації. За аналогією, саме до цього, «до народження у дусі» закликає й християнство. Не чужим християнській психології є й так званий діяльнісний підхід, який тривалий домінував у радянській психології. Сутність цього підходу ґрунтується на тезі про визначальний вплив тієї чи іншої форми діяльності на психіку людини, що цілком корелюється з принципом емпіризму властивому сучасній християнській теології, а відтак й психології. Цей принцип стверджує, що «віра без справ є мертвою». Ефективність християнської психотерапії залежить не тільки від психотерапевтичних сеансів, а й бажання втілити їх результат в повсякденному житті: в добрих справах, в молитві, в спілкуванні. Певні аналогії прослідковуємо, звертаючись до психологічної теорії Е. Берна. Звернімо увагу на його типологізацію модусів роботи психіки людини в дискурсі «дитина», «дорослий», «батько» тощо, що цілком сполучається з біблійними мотивами боголюдської та людської взаємодії та ієрархії, зокрема, батьківства, синівства, дитинства, дорослості тощо. Насамкінець, згадаймо й біхевіоризм, як приклад досить вульгаризованого розуміння людської природи. В цьому випадку привертає увагу схожість біхевіоральної психотерапії з методами традиційної аскези. Як перший, так і друга ґрунтуються на принципі угамування небажаної поведінки та моделювання поведінки бажаної. Це ж стосується гештальт терапії, заснованої на принципі очищення свідомості від незавершених «гештальтів» не пережитих емоцій, які деформують психіку людини, що цілком сполучається з біблійними закликами «бути як діти» та «прощати ворогів».

Підсумовуючи, навіть секулярно орієнтовані матеріалістичні концепції та школи сучасної психології містять значну кількість теоретичних та практичних паралелей з християнською психологією. Складно довести їхню безпосередню спадкоємність. Утім, з хронологічних міркувань та з огляду на те, що сучасна європейська й американська психологія розвивалися в обрії постхристиянської цивілізації, безглуздо заперечувати можливість запозичень окремих практик, ідей та навіть принципових позицій. На наш погляд, найсуттєвішими запозиченнями є: по-перше, ідея глибокої ураженості та вразливості людської природи в

поєднанні з твердженням, що існує певний простір свободи, який дозволяє людині пом'якшити цю ураженість; по-друге, орієнтація на «внутрішні ні», а не «зовнішні» перетворення, внутрішню активність, а не зовнішній активізм, яка закликає людину не стільки перетворювати світ, скільки опановувати себе: у внутрішній боротьбі» зі своїми страхами і тривогами, адже «хто володіє собою, краще за завойовника міста» (Пр. 16:32)

Література:

1. Григорий Синаит. Главы о заповедях. – [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://pravbiblioteka.ru/book/grigoriy-sinait-tvorenija/>.
2. Зенько Ю.М. Основы христианской антропологии и психологии.- СПб.: Речь, 2007.- 912 с.
3. Сайт Українського Католицького Університету. – [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <https://vstup.ucu.edu.ua/magistratura/klinichna-psyhologiya-psyhodynamichna-terapiya/>.

Турчин М. Я., Павлов Ю. В.,
НМУ імені О.О. Богомольця,
КНУ імені Тараса Шевченка,
mariturchin@ukr.net, Pavlov_yuri@ukr.net

СВІТОГЛЯДНІ АСПЕКТИ КОРЕЛЯЦІЇ РЕЛІГІЙНИХ ПЕРЕКОНАНЬ ТА МЕДИЧНИХ ПРАКТИК

Сучасний етап розвитку людського соціуму з особливою силою актуалізує комплекс питань про роль і місце моральних принципів та норм у медицині, особливої взаємовідносин лікаря та пацієнта, співіснування наукових і особистісно-світоглядних аспектів їх взаємодії, які носять не лише теоретичний, а й, передусім, практичний, життєво важливий характер для кожної конкретної людини. В цьому контексті особливого значення набувають проблеми дослідження специфіки функціонування сучасних медичних практик та їх взаємозв'язок, кореляція, з одного боку, з аксіологічними та етичними концепціями і теоріями в рамках філософсько-гуманітарного знання, з іншого – з релігійними нормами, догмами, принципами, що мають беззаперечну цінність для віруючої людини. Гуманістичний аспект медичної практики передбачає особливе ставлення лікаря до пацієнта – не як до простого набору симптомів, а як до особистості зі своїм складним внутрішнім світом, ціннісними почуттями, переконаннями, ідеалами.

Медицина є однією зі сфер суспільного життя, де фіксується тонка межа між правом на життя і можливістю його реалізації. Лікар несе юридичну відповідальність за життя і здоров'я пацієнта, але не завжди може його зберегти і допомогти хворому. Тому усвідомлення цінності кожного життя, прагнення лікаря не лише формально виконати свій професійний обов'язок, а й допомогти людині навіть у безнадійній ситуації, має стати не лише

нормативним приписом медичної практики, а й аксіологічним принципом повсякденної діяльності лікаря.

Разом з тим, починаючи з античності, медична діяльність та її дослідницькі процедури завжди були предметом критики з боку суспільної моралі і свідомості, адже втручання у природну тілесність людини навіть з метою допомоги в подоланні хвороби вважалося порушенням божественних приписів чи релігійних догматів. Разом з тим, саме спроби емпірично, експериментально встановити причини захворювання дозволили лікарям античної доби не лише успішно лікувати хвороби, а й отримати цінний практичний і теоретичний досвід, більш повне і цілісне уявлення про фізичні й психологічні хвороби, патології. Недостатність знань про природу людини, обмеженість міфологічних та релігійних уявлень про людське тіло долалися виключно експериментально, не зважаючи на моральний осуд і критику їх релігійними інституціями. Варто згадати, що багато лікарів-практиків у часи Античності чи в середньовічній Європі за свою діяльність були засуджені на смерть як єретики чи релігійні відступники.

Показово, що навіть у наш час трапляються непоодинокі випадки релігійної нетерпимості стосовно надання медичної допомоги хворому, фанатичного несприйняття лікарських маніпуляцій і процедур, що спрямовані на полегшення болю і страждань віруючої особи, але пов'язаних з втручанням медиків в тіло людини. Особливо часто такі випадки трапляються у спільнотах adeptів так званих нетрадиційних, або новітніх релігійних течій, що намагаються максимально дистанціюватися від будь-яких соціальних чи державних інституцій, існуючи у власному, закритому для зовнішнього світу середовищі. Ще однією з достатньо гострих проблем, що мають соціально-медичну і, одночасно, гуманістично-світоглядну складові є функціонування у свідомості прихильників різних за своїм походженням і змістом релігійних моделей фаталістичного, іноді нігілістичного ставлення до власного життя і здоров'я, несприйняття ними наукових знань про тілесну природу індивіда, відкидання раціональних аргументів стосовно профілактики і лікування захворювань і, водночас, «сакралізація» тіла людини, як такого, що належить лише Богу. Пояснення причин виникнення хвороб, патологічних станів чи смерті особи якимись зовнішніми надприродними факторами («волею Бога») максимально утруднює не лише надання мінімальної медичної допомоги чи лікування таких пацієнтів, а й взагалі зводить нанівець будь-які зусилля лікаря і, як наслідок, може привести до смерті особи. Зрозуміло, що не існує єдиної ефективної методики уникнення таких ситуацій чи хоча б мінімізації їх негативних наслідків, разом з тим, потрібно випрацьовувати і застосовувати різноманітні комунікативні, інформаційні, світоглядно-ідеологічні моделі кореляції співіснування релігійних переконань і біологічно-тілесної природи людини у свідомості хворого, передусім, у медичному, лікувально-допоміжному аспекті.

Незважаючи на складність даних проблем, необхідність їх постановки і вирішення сьогодні очевидна. Це вимога часу, а не «демонічне» втручання у природу людини, як то намагаються показати консервативно налаштовані псевдорелігії. Сучасна медицина постійно розширює технологічні можливості контролю та втручання у природні процеси зародження, протікання та закінчення

людського життя. Філософський термін «постлюдина» в медичному контексті означає можливість тілесно-психічної та соціокультурної трансформації людини (наприклад: протезування, заміщення пошкоджених генів тощо). Закономірно, що ці процеси вимагають чіткого визначення таких, здавалося б очевидних понять, як «людина», «життя», «смерть» та ін. Відтак, саме толерантна кореляція релігійних і науково-медичних уявлень про природу людини, її духовні та тілесні особливості дозволять уникнути невинуватих болю і страждань конкретної особи, нададуть можливість для коректної взаємодії лікаря і пацієнта без порушення релігійних приписів чи образи почуттів віруючої особи. Саме в цьому і має проявлятися аксіологічна цінність людини як складної біосоціальної істоти, що знаходиться у центрі уваги не лише медиків, а й, передусім, представників філософської, гуманітарної спільноти.

Коцюбняк Т. А.,
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,
tanya.kotsybnak@gmail.com

ДАВНЬОКИТАЙСЬКА МЕДИЦИНА, РЕЛІГІЯ ТА ФІЛОСОФІЯ: ЧАСТИНИ ОДНОГО ЦІЛОГО

Давньокитайські філософи здійснили взаємозв'язок між релігією і онтологією, на яку згодом будуть спиратися більш пізні китайські мислителі. У Китаї в VI – VII століттях до нашої ери формується письмове джерело, яке носить релігійний характер. Цим джерелом є «Книга Змін». [1] У ній йдеться про те, що все в світі поділено на п'ять елементів: вода, земля, вогонь, дерево і залізо. А також, існує два начала: інь і ян. Інь і ян взаємодіють між собою, народжуючи енергію - ци. Ці ж елементи використовуються в подальшому в стародавній медицині для пояснення багатьох явищ і процесів, що відбуваються в організмі людини, також формуються дві впливові філософські школи, які в подальшому набувають статусу не тільки філософських, але і релігійних. Такими школами стають: конфуціанство і даосизм. [2, с.143]. Саме вчення про Дао, стає опорною точкою для розвитку медицини в Китаї. Даосизм, як одна з релігійно-філософських систем давнього Китаю, сприйняв багато ідей давньої культури Китаю. Культ природи в ньому також корінням уходить в давнину. В уявленнях даосів Всесвіт – це єдине ціле, а людина і кожна річ невіддільні від загального природного початку. Людина не може ні морально, ні фізично діяти всупереч природі. Всезагальним правилом була вимога не порушувати принципу природності, гармонії світу, активність якого визначається взаємодією інь і ян. Дао - є основоположною силою для всього живого, незмінною першоосновою розвитку світу, що рухається згідно з правилами природи. Дао об'єднує в собі три складових: інь і ян, що з'являються з хаосу, напруження, що виникає в результаті їх взаємодії - енергія ци, і разом інь, ян і ци, що формують тілесність. З цього випливає, що Дао це є вчення про потрібність тілесності і про порожнечу як джерелі життєвої енергії. [5, с. 76]. Причому запорукою здоров'я вважається рівновагу енергії ци. Даосизм

також поєднує в собі релігійне вчення, що закликає своїх послідовників до досягнення повної єдності з Дао, шляхом споглядання, а не активної діяльності. Необхідно займатися внутрішнім вдосконаленням, і лише тоді можна досягти як духовного, так і фізичного безсмертя.

Такий підхід до розуміння явищ природи знайшов своє відображення у процесі формування природничо-наукових знань, зокрема медичних. Так, в стародавньому медичному трактаті «Ней цзін» («Трактат про внутрішнє») (III ст. до н.е.) вказується, що інь та ян є основою життя, шляхом природи. Даоси бачать безпосередню залежність між ян та інь, порами року і хворобами людини, а також зв'язок між станом внутрішніх органів людини і станом її психічного та емоційного здоров'я. Вважалося, що співдія і гармонія ян та інь забезпечує добробут, здоров'я та життя, а їх протиріччя веде до хвороби та смерті. Принцип природності є базисним у лікарняній діяльності. Лікар має допомогти організму мобілізувати його внутрішні резерви, попередити хворобу, а не чекати її виникнення. Методи та прийоми акупунктури, китайська лікувальна гімнастика також пов'язані з ідеєю стимулювання внутрішніх потоків і енергій організму.

Основоположником пульсової діагностики в Китаї вважається відомий філософ і лікар Бянь Цяо (VI ст. до н.е.), якого називають іноді «китайським Гіппократом». Ще в дитинстві він познайомився з монахом-даосом, навчався у нього 10 років і отримав в подарунок від свого вчителя давню книгу про медичне мистецтві, яку вивчав все життя [1, с. 92].

Ритуальні руху, молитовні пози і системи медитацій (китайське у-шу, індійська хатха-йога і ін.), які супроводжують релігійні церемонії в країнах Стародавнього світу, часто сприймаються сучасною людиною лише як система гімнастичних вправ. При цьому залишається прихованою внутрішня душевна робота, яка відіграла велику роль в процесі лікування. Навіть інструменти стародавніх лікарів часто передбачали не тільки фізичний вплив на хворого: в Стародавньому Китаї голки для акупунктури сплатку мали всередині отвір – вважалося, що через нього від лікаря до хворого проходила цілюща енергія ян. З її допомогою організм хворого повинен був позбутися від переважання енергії інь. Для того щоб лікар міг служити джерелом цілющого початку, він сам повинен був мати високі моральні якості «незаперечними чеснотами» [4, с. 116].

Безумовно будь-яка релігійно-філософська система так чи інакше пов'язана з проблемою здоров'я. Будь-яке давнє мистецтво лікування ставило собі завдання не лишевилікувати тіло, але в першу чергу гармонізувати душу, оскільки саме проблеми душі є джерелом хвороби тіла. Саме лікарське мистецтво давніх культур розвивалось в основному як частина релігійно-філософських уявлень, особливо коли мова йде про Східну філософію та медицину. Слід зазначити, що у Східній традиції медицина, філософія і релігія – це нерозривне ціле, складові якого неможливі одне без одного.

В стародавній Китайській філософії простежується явний зв'язок між релігією, філософією і медициною. Причому, основні аспекти давньокитайської філософії є «опорною точкою» для розвитку, як релігії, так і медицини.

Література:

1. Васильев, Л.С. История религий Востока / Л.С. Васильев. – М., 2000. – 432 с.
2. Лейбниц, Г.В. Рассуждения о религии и философии в Китае. Письмо о китайской философии Николаю Ремону / Г.В. Лейбниц // Вопросы философии – 1999 - № 12 – С.84 –139.
3. Лейбниц Г. В. Письма и эссе о китайской философии и двоичной системе исчисления. - М., 2005. – 404 с.
4. Лукьянов А.Е. Истоки Дао: древнекитайский миф. – М: Инсан., 1992. – 160 с.
5. Смирнов И.С. Религиозный мир Китая. - М.: РГГУ, 2006. – 327 с.

Качкан В. А.,

Івано-Франківського національного медичного університету
volkachkan@ukr.net

ФІЛОСОФСЬКО-МИСТЕЦЬКА ГРАВИТАЦІЯ ВОЛОДИМИРА ЗАЛОЗЕЦЬКОГО

Ім'я В. Р. Залозецького (1896-?) не знайдемо в жодному енциклопедичному виданні радянської доби. А втім, він здобув добру європейську освіту, як філософ та історик мистецтва викладав у Відні, Празі, Берліні, а протягом 1928-1934 рр. – професор греко-католицької Богословської академії у Львові.

Дійсний член НТШ. Активний автор літературно-наукових, мистецтвознавчих та релігійного спрямування періодичних видань, як: «Дзвони», «Поступ», «Стара Україна», альманахів, збірників [1, с.71].

Масштабну участь у заснуванні й творенні окремих періодик засвідчує багате кількісно листування [2].

Як філософ розробляв проблему світогляду. Це студії «Оформлення консервативного світогляду», «Творча сила позитивних ідей», «В боротьбі за світогляд», «Держава і нація в ідеології станової держави», «Християнська релігія і консервативна ідея». Аналізуючи філософсько-релігійну сутність Середньовіччя та Ренесансу, вчений виводить два погляди, два концепти: є комічно-релігійний та індивідуалістично-хаотичний погляд на світ.

В. Залозецький займався поширенням знань філософського історизму через персоналії. Його перу належать студії, розвідки про В. Липинського [3], Г. Сковороду [4], ін. авторитетних мислителів.

Предметний полемізм, філософська наповненість, глибоке знання тем і проблем, переконаність у рації власного погляду й суджень – характерні риси творчого методу В. Залозецького.

Література:

1. Мартинюк Микола. Українські періодичні видання Західної України, країн Центральної та Західної Європи (1914-1939): Матеріали до бібліографії. – Львів, 1998.
2. Див.: Центральний державний історичний архів у м.Львові. – Ф.361. – Оп.1. – Спр.77. – Арк.1-22; Спр.166. – Арк.1-13; Ф.372. – Оп.1. – Спр.46. – Арк.1-12; Ф.402. – Оп.1. – Спр.4. – Арк.230-234, 311-314; Ф.771. – Оп.1. – Спр.35. – Арк.1-17; Львівська національна наукова бібліотека ім. В.Стефаника НАН України. – Ін-т рукопису. – Ф.57 (К-ч). – Од.зб.456.
3. Духовний порядок річей (в чотирилітню річницю смерти В'ячеслава Липинського) // Дзвони. – 1935. – Ч.4/7. – С.320-323; В.Липинський як історик // Там само. – 1936. – Ч.6/7. – С.245-250.
4. Сковорода в освітленню новітньої німецької літератури // Записки Чину Василя Великого. – Львів: Жовква, 1930. – Т.III. – Вип.3-4. – С.611-623.

Уваркіна О. В., Волошенко-Клімова О. І.,

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,
uvarkinaev@gmail.com

НАУКОВА РЕЛІГІЯ ЛІКАРЯ

Основними принципами діяльності лікаря є збереження життя та здоров'я людини, які вимагають від нього гуманного ставлення до людини, поваги до її особистості, співчуття та співучасті, доброзичливості, благодійності та милосердя, терпачості, взаємодовіри, порядності та справедливості, що задекларовано в Етичному кодексі лікаря [1], а також є основними гуманістичними цінностями суспільства.

Моральність лікаря завжди має переваги перед всіма іншими постулатами медицини і, на думку науковців, має перевагу над духовним виміром особистості. Відмінності між духовністю і моральністю мають підвалини їх мотивації, тому що становлення людини як духовної істоти не обмежується становленням її моральності і тому «категорії «духовність» і «моральність» швидше описують ставлення людини до навколишнього світу, де поняття моральності є більш широким. Всяка духовна людина є, як правило, моральною, але не всяка моральна людина є духовною, і вказана різниця орієнтує на мотиви діяльності людини [2, с. 61]».

Зв'язок духовно-моральних категорій з релігійністю людини розглядається науковцями у контексті аксіологічних вимірів особистості, її ірраціональних і раціональних складових, які надають поштовх до наукових розвідок у галузі філософських та медичних наук в умовах новітнього інформаційно-комунікаційного простору.

Медицина, яка дуже пов'язана з наукою, знаходиться в постійному пошуку відповідей на релігійні питання: феномену віри, її модальності та критерію діяльності, а також її зв'язку з модальністю знання та логічністю. Наука це завжди реальний процес пізнання, який, в першу чергу, потребує «досягнення своєї кінцевої мети – знання – потребує теоретичного обґрунтування та фактичного підтвердження [3, с. 130]». В цей же час релігія не потребує доказів існування надприродних сил та явищ, вона існує як необхідна умова пізнання та буття людини і дуже часто стає рушійною силою думок і дій.

Сучасна медична наука, яка потужно розвивається і змінює життя людини, також впливає на релігійні погляди суспільства, але одночасно надає підстави для появи неорелігійних підходів і нових спільних завдань для світового прогресу глобальних суспільних відносин людства.

Із історичного погляду, наука і релігія за роки спільного існування пройшли багато етапів розвитку своїх відносин. Науковці умовно виділяють чотири таких періоди: «синкретичний – античний, коли вони не були відокремлені одне від одного; середньовічний, що характеризувався підпорядкуванням науки релігії; модерністський – постмодерністський, коли наука, взявши реванш, здавалося, здатна була вирішити всі проблеми; нині виникає період, який можна умовно назвати органічним. Він формально подібний античному і характеризується взаємодоповнюючою взаємодією релігії та науки [2, с.61]».

Яскравим прикладом поєднання науки та релігії в історії медицини є діяльність професора, доктора медичних наук, архієпископа Луки Войно-Ясенецького, який був хірургом і глибоко віруючою людиною. Духовно-моральні якості архієпископа Луки Войно-Ясенецького, його життєвий шлях і сьогодні привертають увагу науковців до його роботи «Наука і релігія», яка присвячена синтезу наукового та релігійного досвіду пізнання світу та їх взаємодії. Автор 55 наукових праць з хірургії, фізіології та анатомії зазначав, що саме наука доказує необхідність релігії і її присутність у всіх вимірах людського буття. Поверховість знання у науці і релігії сприяють, на думку архієпископа Луки Войно-Ясенецького, появі протиріч і непорозумінь у питаннях пізнання та існування людства [4, с.67]. У листі митрополиту М. Ярушевичу він зазначав, що «освіченість і глибоке залучення до науки, велика самостійна робота на науковій ниві не тільки не веде від Бога, а, навпаки, призводить до Нього всіх тих вчених, яким властиві глибокі питання духу [5]».

Відсутність протиріччя між релігією і наукою чудово відобразилось на діяльності видатного лікаря-хірурга М.І.Пирогова, медична праця якого заслужено визнана прикладом християнського милосердя. На його думку, матеріалізм, атеїзм не дають людині душевної твердості і спокою в складних життєвих ситуаціях [6, с.208], тому поєднання наукових знань та моральних основ християнства стають для лікаря основними постулатами його професійної діяльності і сприяють становленню довірливих взаємовідносин між лікарем і пацієнтом.

Історія життя та відношення до релігії українського лікаря Арсена

Річинського відкриває ще одну дуже актуальну для сьогодення тему поєднання цінностей націоналізму та християнства. Одночасно з працею сільського дільничного лікаря на початку ХХ століття Арсен Річинський був активним учасником громадських організацій і займався українізацією православної церкви на Волині. Наукова спадщина Арсена Річинського має не тільки праці медичного характеру, але і багато публікацій, присвячених церковним питанням, де він розглядав близькі до його фаху проблеми. Його робота «Проблеми української релігійної свідомості» серед авторитетних українських дослідників вважається однією з кращих праць в українському релігієзнавстві [7, с.225].

Діалог між релігією і медичною наукою продовжується і у сучасному світі і це стосується не тільки відомих проблемних питань абортів, засобів контрацепції та евтаназії. Вплив науково-технічного прогресу на трансформацію світових релігій проявляється у змінах відомих теорій атараксії та закликів до поширення ахімси, які безпосередньо пов'язані з медичною діяльністю у питанні збереження здоров'я людини та покращення її психологічного стану.

З давніх-давен релігія давала людині відповіді на багато питань, які були пов'язані з життям і смертю, з початком і кінцем всесвіту, з проблем сенсу життя і побудови світу. Сьогодні сучасна медицина вже зароджує життя, впроваджує нові технології лікування, дає надію людству подолати хвороби та уповільнити старіння. Це не означає що теологічна парадигма в медицині втрачає свої антропологічні позиції, але релігія має врахувати та критично осмислити наукові досягнення сучасності і прийняти науку як специфічну людську цінність.

Література:

1. Етичний кодекс лікаря // Медицина транспорту України. – 2009. – № 4. – С.6-11.
2. Резніков С. І. Науковий та релігійний дискурси у методології філософсько-освітнього дослідження феномена духовності // Грані. 2014. № 6 (110). – С.59-63
3. Коханенко О. В. Наукова та релігійна віра: логічний аналіз // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Філософія. Політологія. – 2007. – № 84-86. – С.129-131.
4. Войно-Ясенецький В.Ф. (святитель). Наука и религия. Москва. 2001. – 228 с.
5. Письмо архиеп. Луки Войно-Ясенецкого митр. Николаю Ярушевичу URL: <https://magis-amica.livejournal.com/961271.html>
6. Пирогов Н. И. Школа и жизнь: избранные педагогические сочинения. – Москва. 1952, 493 с.

СПІВІСНУВАННЯ АНАТОМІЇ ТА РЕЛІГІЇ В СВІТІ ДЕЯКИХ ІСТОРИЧНИХ ФАКТІВ

Протягом століть наука, що вивчає будову людського тіла, – анатомія – піддавалася запеклішим нападкам церкви, мабуть, як ні яка інша галузь медицини. Жорстокі переслідування вчених, які наважились вивчити «божественне створіння» – людське тіло, заборона на розтин трупів, погрози, покарання – все це тривалий час використовувала релігія, прагнучи затримати розвиток анатомії.

Як свідчать історичні факти, медицина, зокрема анатомічна наука, виникли значно раніше за релігію, ще за часів панування первісної людини. Важливим доказом цього є життя деяких відсталих народів та племен Азії, Африки та Америки, які знаходяться на рівні раннього родового ладу і не мають релігії, проте подекуди володіють медичними навичками. У Європі релігія виникла приблизно 20000-30000 років тому. Елементи медицини тих часів поступово здобували уявлення про надзвичайну цілющу силу ліків. Отже, в деяких народів медицина перетворювалась на культ. В цілому, втручання церкви спричиняло медицині значну моральну й фізичну шкоду. З одного боку, професійне невігластво, засноване на вірі у бога, з іншого – релігія, не сприймали прояви нового у всіх галузях знань. Наука не мала змоги достатньо розвиватися, маючи за основу теологічне вчення щодо створення світу та походження органічного життя, через вплив церкви і її боротьбу з новими ідеями, особливо з науковою медициною, що мала на меті пізнання тіла людини [5, с. 1555].

Отже, найбільш значним проявом боротьби релігії проти медицини була заборона церкви вивчати будову тіла людини. Ця заборона завдала величезної шкоди розвитку медицини. Як наслідок, тисячі хворих поплатилися життям. Недарма навіть в період розгулу мракобісся в релігії на початку XIII століття салернський король Фрідріх II звернувся до духовенства та населення з проханням дозволити лікарям хоча б раз на п'ять років виконувати розтини. Заборона церкви розтинати трупи пояснювалась тим, що людина – це «храм святого духа»; у день страшного суду людина повинна воскреснути такою, якою вона була до смерті, бо церква «з огидою ставиться до проливання крові». Останній аргумент доволі лицемірний, так як церква на період інквізиції в боротьбі з наукою, з «нечистою силою» знищила мільйони людей. На вогнищах згорали одночасно сотні людей, і були селища, де лишалося декілька жінок, не знищені інквізицією. Було б величезним нещастям для людства, якби релігія того часу посіла панівне становище, як це було в добу середньовіччя [4, с. 33].

Серед тих, хто почав застосувати для анатомічних розтинів людське тіло в більш широкому масштабі, ніж це робили в давні часи, був Якоб Сильвій. Однак цілком слідуючи даним Гіппократа й Галена, він не бажав бачити того,

що об'єктивні дані таких розтинів не завжди співпадали із описами видатних лікарів давніх часів. Фанатичний послідовник галенівських догм, Сильвій вважав за аномалію дані проведених ним розтинів, якщо ті не співпадали з описаннями давніх корифеїв медицини. Він навіть припускав наявність суттєвих змін будови людського тіла, що, на його думку, могли з'явитися за тринадцять століть від часів Галена.

Ім'я Якоба Сильвія мабуть і не залишило будь-якого сліду в анатомії, якби доля не звела його з Андрієм Везалієм, якого він назвав «Vesalius» (Шалений) – спочатку визнаним і улюбленим учнем, а з часом – ворогом, якого заздрисний Сильвій зненавидів за талановитість та спробу поставити наукову істину понад авторитет Галена. Він навіть написав гнівного листа імператору: «Я благаю Його Імператорську Величність віддати суворе і заслужене покарання чудовиську, якого він виростив й вигодував у своєму власному домі, цьому найгіршому зразку неучтва, невдячності, зухвалості та богохульства, зробити так, щоб він не міг більше отруювати Європу своїм згубним диханням». Себе Якоб Сильвій вважав взірцем справжнього вченого, тому на портреті, зробленому в останні роки свого життя, написав: «Questo nulla fere est, in qua non docta reliqui argumenta mei fertilis ingenii» («Немає жодної проблеми, в якій би я не залишив мудрих свідоцтв того, що щедрим розумом плодovitий»). Минуло багато років і час розставив все по своїх місцях. Вельми цікавим визнається те, що після смерті Сильвія на дверях церкви, де його відспівували, з'явилася віршована епітафія: «Тут спочиває Сильвій. Нічого не робив він безкоштовно. Мертвий жалкує, що тут задарма читають про нього» [6, с. 87].

Щодо Андрія Везалія, якого по праву можна вважати реформатором та творцем сучасної анатомії, то він також став жертвою церкви. Вчений справедливо вважав анатомію основою медичних знань, і головною його метою було бажання відродити досвід далекого минулого, розвинути й вдосконалити метод вивчення анатомії людини. Однак церква перешкоджала розвитку анатомічної науки, забороняла розтин трупів, вважаючи це за кощунство. Чимало труднощів зазнав ще з молодих років анатом на своєму життєвому шляху.

Аби мати можливість займатися анатомією, він використовував будь-яку нагоду. Якщо з'являлися гроші, домовлявся з охоронцем цвинтаря, і відтак до його рук потрапляв труп, придатний для розтину. Інколи за браком коштів доводилося ховатися від охоронців цвинтаря і власноруч відкривати могилу, наражаючи себе на ризик.

Чим глибше Везалій вивчав внутрішню будову організму, тим більше усвідомлював те, що у працях Галена, канонізованого на той час церквою, достатньо вагомим помилок, які просто не помічали всі ті, хто перебував під впливом галенівського авторитету.

Гален стверджував, що серце дорослої людини має отвір, що зберігся з внутрішньоутробного періоду, отже кров надходить з правого шлуночка безпосередньо у лівий. Встановивши непроникність серцевої перегородки, Везалій не міг не усвідомити, що повинен бути будь-який інший шлях потрапляння крові з правого шлуночка у лівий. Описавши клапани серця, Везалій виклав основні припущення щодо легеневого кровообігу, але ця праця

була завершена вже згодом його учнями. Описуючи певний орган, він щоразу задавав питанням, яку саме функцію виконує цей орган. Досліджуючи анатомію мозку, він детально вивчав шлуночки. Везалій вперше правильно описав зовнішню сіру та внутрішню білу речовини головного мозку. Знаючи те, що Аристотель згадував за третій, начебто існуючий шлуночок серця, який повинен знаходитися у перегородці між правим та лівим шлуночками, Везалій багато разів поспіль досліджував серце. Загалом він встановив та виправив близько двохсот помилок Галена [7, с. 13].

Попри всі його досягнення в науці церква звинуватила Везалія в богохульстві. Деякий час інквізиція не могла здійснити свої наміри щодо Везалія, однак після смерті іспанського короля Карла V, який був його покровителем, таємний суд інквізиції засудив Везалія до покаяння. Він повинен був босоніж пройти шлях з Іспанії до Єрусалиму і замолити біля гробу господнього свої гріхи. Приводом до суду слугувала версія, вочевидь вигадана інквізицією, нібито Везалій виконав розтин живої поважної особи. Навряд чи таке твердження реалістичне, бо ж Везалій був майстерним лікарем свого часу. Не випадково він багато років був придворним лікарем Карла V та Філіпа II, супроводжуючи їх в під час тривалих подорожувальних і через це був змушений залишити анатомічні дослідження. Везалій прямував до Єрусалиму і згодом, повертаючись назад до батьківщини, його корабель затонув. Везалій був викинутий на берег острова Занте, де помер у злиднях і самотності [1, с. 47].

Однак анатомічні дослідження цікавили не лише медиків. Розтини практикували й художники. Причиною була не лише зацікавленість, а більше – прагнення «відчути» тіло, «занурити» у нього скальпель, аби в повній мірі досягнути виразності зображуваного.

Відомий художник Леонардо да Вінчі вважаючи несправедливим забирати життя у тварин, не вживав м'ясної їжі, засуджував війни та кровопролиття. Проте, він же писав у 1510 році в одному із своїх зошитів після нічних роздумів в жахливих моргах, про те, що власноруч виконав розтини десятків людських тіл. І це був лише початок. Самостійно знайдене ретельно замальовував, про незрозуміле консультувався з професори-анатомом Марко Антоніо де ла Торре. Розтинав він трупи і у Венеції, і у шпиталях Риму, намагаючись зрозуміти взаємозалежність будови та функцій. Адже в Університеті Монпельє розтини почали виконувати у 1396 році після наказу короля (за іншими даними дозвіл дав герцог Анжуйський у 1376 році), відколи для анатомічних досліджень почали використовувати трупи засуджених до смерті злочинців. Подібне робили у Болоньї, Падуї, Феррарі, Парижі, у деяких іспанських та німецьких університетах [3, с. 180].

Розтини, які практикував Леонардо, не були публічними і під час їх проведення не дотримувались встановлені формальності. Більш того, задля розтину трупів, що виконував Леонардо у лікарнях Флоренції та Риму, вибиралися найменш помітні місця. Інакше важко було б зрозуміти причини та сенс доносів на Леонардо, як на «єретика та цинічного дисектора трупів» [2, с. 72].

Отже, на деяких історичних прикладах співіснування анатомії та релігії видно, яку боротьбу вела церква того часу з новими проявами лікарського

мистецтва, заснованого на практиці, досвіді, експерименті та теорії пізнання, але ж ніяк не на вірі у боже творіння. Якби медицина слідувала заборонам церкви, лікарі ніколи б не змогли навчитися визначати причини смерті. Шлях наукового пізнання хвороб і способів їх попередження був би закритий. Отже, наукова анатомія у всеозброєнні фактів виступала проти твердження церкви про те, що людина, як і усі інші живі істоти, створена богом. Справжня історія виникнення тварин і розвитку людини незаперечно свідчить проти легенд щодо створення живих істот богом. Сучасна релігія стверджує, що її цікавить лише душа людини як священна таємниця, непізнана і безсмертна. А що ж таке тіло? Зовнішня оболонка, в якій душа знаходить собі тимчасовий притулок. Чи варто піклуватися про оболонку, якщо її існування – лише мить? Звідси у багатьох віруючих людей з'являлася зневага до організму людини і звідси – визнання тіла померлого нечистим. Релігія вбачає в будові тіла людини задалегідь встановлену гармонію. Людина впродовж мільйона років виділяється з навколишнього тваринного світу під впливом зовнішніх умов не лише безперервно пристосовуючись до них, але й активно впливаючи на них.

Таким чином, з точки зору науки, це ефект природного пристосування до умов життя. Релігія ж, в свою чергу, доповнює це доцільним судженням про божественний акт. Якщо раніше інквізиція за допомогою насильства і залякування домагалася беззаперечного підпорядкування наукового дослідження законам релігії, то сьогодні священнослужителі прагнуть до мирної співпраці з наукою, аби пристосовувати наукові досягнення для зміцнення віри в бога. Між лікарями і священнослужителями виникає порозуміння та згода. Адже вони виконують спільну справу: одні лікують тіло, інші зміцнюють душу. І вже сьогодні, озираючись в минуле, наукові факти закликають науковців й дослідників до знищення будь-яких упереджень, викриття старих та нових забобонів і марновірства.

Література:

1. Черкасов В. Г., Маліков О. В.. Андрій Везалій – творець сучасної анатомії // Південноукраїнський медичний науковий журнал. 2013. № 2. С. 45–47.
2. Черкасов В. Г., Дзевульська І. В., Маліков О. В.. Анатомічні дослідження в роботах Леонардо да Вінчі // Український науково-медичний молодіжний журнал. 2013. № 4. С. 68–72.
3. Кэмп М. Леонардо. Москва: 2006. 286 с.
4. Фридман М., Фридланд Д.. Десять величайших открытий в истории медицины. – Москва: Медицина, 2012. С. 33.
5. Джуль П. Медичний ілюстрований словник Дорланда. Львів: Наутілус, 2007. Т. 2. 1597 с.
6. Якоб Сильвій – маловідомий вчитель видатного учня: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (2013 р, Львів). – С. 85–87.
7. Sherzoi H. Andreas Vesalius. J. Invest. Surg. 12. 1999. 14 p.

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

Ігнат'єв В. А.,
Донецький національний медичний університет,
va.ignatyev@gmail.com

ЗНАЧЕННЯ ТАЇНСТВА ЄВХАРИСТІЇ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Особистість Святителя Луки Войно-Ясенецького займає своє неповторне і навіть незвичне місце не тільки в історії медицини і релігії, коли на піку перемог атеїстичної держави у 1946 році за праці «Нариси гнійної хірургії» та «Пізні операції при інфікованих ранах великих суглобів» професорові і діючому архієпископу, що пройшов заслання в Сибіру присуджують Сталінську премію I ступеня. Вже одне це аномальне явище, з точки зору історичної логіки, вимагає окремого дослідження.

Особистість Святителя Луки Войно-Ясенецького займає неповторне явище і з точки зору сучасних подій в нашій державі щодо спроб використати релігію з метою політичних маніпуляцій. «Спогади медсестри М. Г. Канцепольської свідчать, що в справах, які потребували моральних рішень, Валентин Феліксович поводив себе так, ніби поруч нікого не було. Він завжди стояв перед совістю сам один. І суд, котрим він судив себе, був суворіший за будь-який трибунал» [3].

Але сьогодні хочеться звернутися до особистості професора-хірурга-єпископа Луки Войно-Ясенецького під кутом зору перспективи відносин релігії і медицини, в центрі якої є людина з її духовними і фізичними хворобами.

Як відомо, серед усіх таїнств, які формують православну культуру, основним є євхаристія - Таїнство Причастя Христових Тіла і Крові. За вченням Православної Церкви, єдиним істинним Виконавця Євхаристії є Сам Христос: Він невидимо присутній в храмі і діє через священика. Це таїнство звершується тільки під час літургії, коли на євхаристичному каноні Силою Духа Святого просфора і вино перетворюється в Тіло і Кров Христа. Не символічно, не образно, а реально і містично в Тіло і Кров Христа.

На це особливо треба звернути увагу, коли чуєш стандартне від людини: «Навіщо мені це? Головне, щоб Бог в душі був!» Перше, що хочеться відповісти: «Тоді в душі їжте, пийте і спіть! Та й взагалі живіть тільки в душі!» Але ж людина це ще й фізична істота.

Так, коли ми йдемо по пустелі і бачимо вмираючу від жаги людину, яка просить води, то виходячи з такої логіки, достатньо підійти до неї і розказати про особливі властивості води, і не тільки про її хімічний склад, а потім встати і піти. То чи допоможемо ми цій людині?

Людина складається не тільки з душі, а й з тіла. Саме тому Христос сказав: «Якщо ви споживати не будете тіла Сина Людського й пити не будете крові Його, то в собі ви не будете мати життя....Хто тіло Моє споживає та кров

Мою п'є, той в Мені перебуває, а Я в ньому» (Ін. 6, 53,56) [1].

В сучасному світі, коли екуменічний дух говорить про те, що всі релігії світу є однаковими, необхідно наголосити, що лише в християнстві Бог сам віддає себе. В прямому сенсі. І не тільки духовно і душевно, а й тілесно.

Тож, за євангелістом Лукою і апостолом Павлом, «після вечері» Христос, вказуючи на неї, сказав: «Як вони ж споживали, Ісус узяв хліб, і поблагословив, поламав, і давав Своїм учням, і сказав: Прийміть, споживайте, це тіло Моє. А взявши чашу, і подяку вчинивши, Він подав їм і сказав: Пийте з неї всі, бо це кров Моя Нового Заповіту, що за багатьох проливається на відпущення гріхів!» (Мат. 26:26-28) [2]. Таку останню Пасху звершив зі своїми апостолами Ісус перед розп'яттям. Вона стала для християн першою святою Божественною Літургією, яка реально зцілює, омиває гріхи й відкриває двері до Царства Небесного.

З історії Церкви Христової відомо багато чудесних зцілень завдяки Св. Тайнам Тіла і Крові Христових. Приміром, св. Андрій Критський від народження був німим. Коли йому сповнилось сім років, він приступив зі своїми батьками до Св. Причастя. Приймавши Св. Тіло і Кров Христові, він почав розмовляти. А св. Григорій Назіанзин, що жив у IV ст., подав своїй помираючій матері Св. Причастя, і вона враз одужала

Випадки зцілення після причастя – є далеко не одинокими і в сучасному світі. Релігія – це не теорія. І хоч звичайно існує теоретично-богословське осмислення релігійних явищ, але релігія – це, перш за все, практика. Саме цим вона безпосередньо пов'язана з медициною. Якщо в результаті лікувального циклу лікар не має результатів, то важко говорити про успіхи лікування. Так і в релігії. Якби людина протягом року хоча б раз на тиждень приходила на літургію, постилась і причащалась, то побачила б як змінилося її життя. Так рекомендує досвід Церкви.

Але і досвід лікувальної практики накопичив безліч фактажу практичної взаємодії медицини і Церкви, що необхідно узагальнити. Так, наприклад, відомо, що церква і священнослужителі історично в нашій культурі виконували роль психотерапевтів. І Церква сприймалася як духовна лікарня. Тут є своє переваги і недоліки. Але, з іншого боку, при лікарнях формуються психологічні кабінети, які за потребою і на прохання психотерапевта відвідує священник.

Все це вимагає не тільки досліджень на межі релігії і медицини, але й більш тісної взаємодії вищих медичних навчальних закладів з духовно-богословськими закладами, вимагає більш тісної їх взаємодії на рівні освіти і науки.

Література:

1. Євангеліє від Івана / [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.my-bible.info/biblio/ukrainskaya-bibliya/evangelie-ot-ioanna.html#g6> – Заголовок з екрану.
2. Євангеліє від Матвія / [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.my-bible.info/biblio/ukrainskaya-bibliya/evangelie-ot-matfeja.html#g26> – Заголовок з екрану.
3. Лука (Войно-Ясенецький) / [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://uk.wikipedia.org/wiki/> – Заголовок з екрану.

THE OBJECT OF RESEARCH OF MEDICINE AND ITS PLACE IN THE SYSTEM OF MODERN KNOWLEDGE

During XX-XXI century the interaction between philosophy and medicine acquired a specific character which is still under discussion in philosophical anthropology, gnoseology, and social philosophy. Two most common points of view are that philosophy performs compensatory function as scientific theory of medicine or can be interpreted as a theoretical addition to medical knowledge in the framework of natural philosophy approach like it was in previous periods of philosophy and medicine historical development. The compensatory approach as specific to modern time points primary to the hetero chronic character of medical culture formation caused by the slower development of its theoretical and gnoseological system in comparison with its practical and object orientated elements including ethics. One of the main reasons of such hetero chronic development of medical culture and its slower development if compared with biological science is specifics of a human being as both biological and social object of research. The above mentioned conditions cause the topicality of the attempt to one more time to re-evaluate the object of research of medicine and its place in the system of modern knowledge which was undertaken by the author of this research.

Main representatives of modern philosophy of medicine are Rachel Ankeny, Christopher Boorse, Nancy Cartwright, H. Tristram Engelhardt, Fred Gifford, Havi Carel, Donald A. Gillies, Jeremy Howick, Hilde Lindemann, Ingvar Johansson, Keekok Lee, Michael Loughlin, Frederica Russo, Kazem Sadegh-Zadeh, Kenneth F. Schaffner, Miriam Solomon, David Papineau, Edmund Pellegrino, John Worrall, Jacob Stegenga and others, so their points of view were basic for the formulation of problematic and methodological basis of this research [1, pp. 361], [2, pp. 1730-1741], [3, pp. 267-268].

The main object of the research of medicine was during all the historical periods and still remains the human in all the fullness of his definitions including physical body, social, psychological and spiritual qualities of a personality. Medicine researches all the aspects of human life activity which are related to the problem of human health and disease, norm and pathology in all their diversity and specific relations of human and his natural, social and cultural environment. The specific laws of medicine are the objective laws of normal and pathological life activity of human organism and human personality.

It is necessary to consider the problem of correlation between the subject and the object on the basis of dialectic methodology in the process of medicine development and its paradigmatic changes. Elemental holistic concepts of the ancient world were the following. Hippocrates proposed to heal not the disease but the patient, taking into account the main features of a person, his mode of life and natural environment. Socrates is told to express such a thought, "Good doctors say that it is impossible to heal one eye, but the whole head, if eyes are to be

recovered. Likewise it is impossible to heal a head without healing the whole body. The biggest mistake is the division into doctors of the body and doctors of the soul, because they are indispensable in fact”.

A biomedical model is based on the socio-medical understanding and modern holistic approaches to a human in the context of integrity of human existence. Thus, considering the complexity and multi-level structure of the object of the research medicine is connected both with natural and humanitarian sciences and has the status of a synthetic science, an intermediary one. Theoretical foundation of medicine is biology, but it does not cover all its content. So, considering the objective position and functional designation of separate medical sciences they are divided into 3 groups: medical and biological sciences (fundamental and theoretical), clinical (applied and practical) and social and hygienic (development of optimal health preserving model of life activity in natural and social environment).

The philosophy of medicine can be described as a branch of philosophy that studies problems of ontology (or metaphysics), gnoseology (epistemology), methodology, social philosophy and ethics connected to medicine theory and practice. Philosophy of medicine is closely connected to medical ethics, bioethics and philosophy of healthcare (which is concentrated on the research of ethical and political issues arising from healthcare research and practice). The newest direction school in the philosophy of medicine is analytic philosophy of medicine. Intense debates have occurred in the past whether there is a distinct field rightly termed “philosophy of medicine” but now there are dedicated journals and professional organizations, a well-established canon of scholarly literature, and distinctive questions and problems, so it is possible to claim that philosophy of medicine is already firmly established. Ethics and axiology were always among the main problems of philosophy of medicine, but bioethics is generally considered to be a distinct field. However, philosophy of medicine serves as a foundation for many debates within bioethics as it analyzes fundamental components of the practice of medicine that frequently arise in bioethics such as concepts of disease.

The ways in which health-care professionals (ranging from clinicians to biomedical scientists) interpret, evaluate and use knowledge are central concerns of medical gnoseology and epistemology. Evidence-based medicine studies the ways in which medical specialists can gain knowledge regarding key clinical questions such as the effects of medical interventions, the accuracy of diagnostic tests, and the predictive value of prognostic markers. It is usually interpreted as methodology of appliance of medical knowledge to problems of clinical care but sometimes it is extended to philosophy of evidence which research hierarchy of evidence and rank different kinds of research methodology by the relative evidential weight they provide. Currently most philosophers deny the legitimacy of such extension. The philosophy of medicine also has made important contributions to general philosophy of science and particularly to understandings of explanation, causation, and experimentation as well as debates over applications of scientific knowledge. Finally, the philosophy of medicine has contributed to discussions on methods and goals within both research and practice in the medical and health sciences. Most researches in philosophy of medicine are currently based on the Western tradition, although there is a growing number of researches on philosophy of non-Western

and alternative medical practices. Publications on philosophy of medicine are closely connected with the researches undertaken by the representatives of other scientific disciplines.

The ontology of general medical science includes a set of logical definitions of most general terms that are used in all the medical disciplines, including 'disease', 'disorder', 'disease course', 'diagnosis', and 'patient'. It provides foundations of a formal theory of disease which is elaborated further by ontology of specific diseases, including the infectious disease ontology and the mental disease ontology. The main field of researches is restricted to humans, but many terms and methods can be applied to other organisms as well. The ontology of medicine has recently developed a special interest in the idea of causality because the purpose of medical research is to reveal causes of diseases and ways of healing. The scientific processes used to generate causal knowledge give clues to the metaphysics of causation. For example, there is a quite popular idea that randomized controlled trials are more helpful in revealing causal relationships than observational studies. Here causation is understood as counterfactually dependent, so the main difference of randomized controlled trials from observational studies is that they have a comparison group in which the intervention of interest is not given. Main causal paradigms in biomedicine are the linear mono-factorial paradigm championed mainly in clinical medicine; and the non-linear, reciprocal, multi-factorial paradigm invoked in epidemiology.

References:

1. Boorse, C. (1987). Concepts of health. In Health care ethics: an introduction, D. Van De Veer and T. Regan, eds. Philadelphia: Temple University Press, pp. 359-393.
2. Engelhardt, Jr., H.T., and Wildes, K.W. Philosophy of medicine. (2004). In Encyclopedia of bioethics, 3rd edition, S.G. Post, ed. New York: Macmillan, pp. 1738-1742.
3. Schaffner, K.F., and Engelhardt, Jr., H.T. (1998). Medicine, philosophy of. In Routledge Encyclopedia of Philosophy, E. Craig, ed. London: Routledge, pp. 264-269.

Беднарчик Т. Р., Беднарчик М. В.,
ВНМУ імені М. І. Пирогова,

Вінницький медичний коледж імені Д.К. Заболотного,
taras2010.2011@yahoo.com, myroslavabednarchyk@gmail.com

НАУКОВЦІ ДАВНЬОЇ АЛЕКСАНДРІЇ ПРО ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Досягнення античної цивілізації залишаються орієнтирами для мислителів наступних епох. Становлення медицини Стародавньої Греції та Риму нерозривно пов'язане з такими видатними лікарями-мислителями як Емпедокл, Гіппократ, Герофіл, Ерасистрат, Асклепід, Клавдій Гален.

Особливе місце у розвитку науки про здоров'я античності належить давній Александрії. Не лише лікарі, а й філософи різних напрямків цього розвинутого центру цивілізації задумувалися про ество людини і запобігання хворобам.

Широко відомий Александрійський музейон виник за підтримки освіченого правителя Єгипту Птолемея I Сотера (360 – 282 р. р. до н. е.). Він, близький соратник Александра Македонського, прагнув створити розвинену цивілізацію еллінського типу на території Єгипту. Птолемей визнавав високе значення науки і підтримував грецьких інтелектуалів. Зокрема, він запросив лікарів Коської медичної школи, Праксагора та його учнів до праці у Александрії. Значення цього факту важко переоцінити, оскільки до цього легендарного лікарського осередку на о. Кос належав сам Гіппократ Великий. Ті медики, які прагнули займатися науково-дослідною діяльністю, мали можливість працювати в Музейоні поряд з математиками та гуманітаріями. Дослідники вважають, що там могли діяти анатомічні лабораторії. На певному етапі історії александрійським науковцям дозволялося розтинати трупи. Про самого Праксагора ми знаємо мало, лише його роботу з анатомії, в якій він висловлював відмінні від Гіппократа і деякі хибні з сучасної точки зору погляди на фізіологію людини. Проте ми певнено можемо сказати, що погляди «батька медицини» були широко відомі медикам Александрії. Про значення Коської школи у новій столиці Єгипту свідчить той факт, що цар Птолемей I залишив свою дружину Береніку народжувати дитину у лікарів цього острова [6, с. 149-150].

Уславленим лікарем свого часу був Герофіл (335 – 280 р. р. до н. е.). Учень Коської школи, вірогідно самого Праксагора, він реалізував свій талант в Александрії. Серед його наукових досягнень є визначення ролі головного мозку як центру розумової діяльності, вимірювання інтенсивності пульсації у діагностиці, застосування медичних препаратів рослинного походження в процесі лікування. Для нас важливо, що Герофіл поширював ідею запобігання хворобі дотриманням правильної дієти, фізичною активністю та виконанням гімнастичних вправ. Очевидно, що інтелектуали Александрії визнавали його погляди. Герофіл був одним з провідних співробітників Музейону. Він входив до кола спеціалістів, чиїми послугами користувався цар Єгипту Птолемей Філадельф [4, с. 25-27; 6, с. 151-153].

Ерасистрат (330 – 255 р. р. до н. е.) не поступався славою своєму сучаснику Герофілу. Вчитель першого Хрісіпп Родоський належав до Кнідської медичної школи, яка визнавала досягнення східної медицини. В пошуках знань він відвідував Єгипет задовго до заснування Александрії. Про визнання Ерасистрата свідчить те, що він був придворним лікарем відомих азійських правителів Селевка I Нікатора і Антіоха I Сотера та царя Єгипту Птолемея I. Про подробиці його праці нам не відомо щось конкретне, проте в наступні роки деякі з лікарів Єгипту вважались його послідовниками. Крім наукових досягнень Ерасистрата в дослідженні нервової системи та серцевої діяльності людини відзначимо те, що у лікарській практиці він наголошував на важливості раціонального харчування. Він надавав перевагу індивідуальному підходу у підборі дієти. До того ж він рекомендував заняття спортом, купання, масаж, споживання овочів та відкидав кровопускання і вживання проносного [4, с. 27-28; 6, с. 153-155].

В подальшому в Александрії переважали науковці-герофільці, які відомі широкою викладацькою діяльністю, в тому числі в стінах Мусейону. Серед послідовників Герофіла відзначимо лікарів Евдема, Каллімаха, Бакхея з Танагри, Андрія Карістського, Зенона і Мантія. На ґрунті александрійської медичної науки в подальшому розвинулися школи емпіриків та догматиків, які передали знання наступним поколінням. Пізніше важливим моментом розповсюдження позитивного досвіду александрійців стала робота представників цих шкіл у Римі. Асклепід Віфінський (124 – 40 р. р. до н. е.) свого часу навчався в Александрії. Його методика лікування була спрямована на відновлення порушених функцій і полягала у розумній дієті, дотриманні чистоти шкіри, потінню в бані, прийнятті ванн, лікувальній фізкультурі. Для профілактики Асклепід радив прогулянки, подорожі, вживання та використання холодної води, натирання оліями та ведення цікавого, різноманітного життя. Він дотримувався індивідуального підходу у призначенні лікування і уникав застосування подразнюючих препаратів. Застосування блювотних засобів і кровопускань схвалював лише в особливих випадках. Асклепіаду приписують тезу «лікувати надійно, швидко і приємно», яка відповідає його гуманним підходам до пацієнта. Так само він пропагував дбайливе ставлення до психічно хворих і робив усе можливе, щоб лікування не перетворювалось в ізоляцію із застосуванням фізичного насильства [4, с. 29-32]. Великий Гален теж свого часу навчався медицині в Александрії. У своїх працях він визнавав досягнення лікарів елліністичного Єгипту.

Здоров'я людини також цікавило релігійних діячів і філософів. Плутарх в праці «Про Ісиду та Осіріса», призначеній для греків і римлян, позитивно описав релігійні вірування єгиптян та світогляд служителів культу. Останні дотримувалися гігієнічних правил чистоти, дієти і уникали вживання алкоголю. Плутарх, який сам подорожував Єгиптом, вважає такий підхід правильним [5, с. 12-15]. В Давньому Римі поширилася «мода» на єгипетські традиції. Це, зокрема, виявилось у поширенні александрійського релігійного культу греко-єгипетського бога Серапіса та власне єгипетської Ісиди [3, с. 107-138]. Тому не дивно, що погляди александрійських вчених на єство людини та причини здоров'я теж були відомі римлянам. Зв'язок між змінами пір року, укладом життя, виконанням сезонних робіт, харчуванням та захворюваністю був добре відомий античним лікарям та науковцям. Ці погляди підкріплювались «модним» астрологічним вченням про знаки зодіаку. Його походження приписують давнім вавилонянам, проте нас цікавить те, що до римської цивілізації ці знання потрапили як через Грецію, так і через Єгипет. Якщо одних зодіак цікавив як містичне астрологічне вчення, то лікарям і філософам він ставав у нагоді засвідчити зміни пір року із відповідними наслідками для здоров'я людини [2, с. 50-66].

Додамо, що з Александрією пов'язана творчість відомого філософа, релігійного мислителя, представника єврейського еллінізму Філона (бл. 25 р. до н. е. – бл. 50 р. н. е.). Серед його численних досліджень привертає увагу праця «Про споглядальне життя», де побічно піднімається проблема досягнення ментального здоров'я. У центрі уваги знаходиться громада «терапевтів», адепти якої добровільно обрали релігійну праведність за шлях досягнення духовного благополуччя. Ментальне здоров'я не є

самоціллю, а необхідним станом для досягнення божественної мудрості. Поселення «терапевтів» знаходилося на березі Мареотидського озера поблизу Александрії. Привертає увагу сам термін «терапевти». Крім власне містичних практик вони проповідували цінність здорового способу життя: «Характер вчення цих філософів проявляється вже у їх назві; їх же іменують терапевтами і терапевтридами, це може бути тому, що вони пропонують мистецтво лікування більш сильне, ніж у містах, оскільки там воно зцілює лише тіла, із же (мистецтво) – душі вражені тяжкими та важковиліковними недугами, душі, якими оволоділи насолоди, бажання, сум, страх, жадібність, нерозсудливість, несправедливість та безкінечну множину інших пристрастей та пороків» [1, с. 376]. Хоча Філон був адептом іудаїзму, проте зміст вказаної праці не вказує на релігійну приналежність «терапевтів». Можемо припускати, що це були звичайні мешканці Александрії та навколишніх поселень.

Отже, науковці Александрії пропагували ведення здорового способу життя для запобігання хворобам. Людина повинна бути уважною до себе і свого здоров'я. У лікуванні перевага надавалася ощадливим засобам: індивідуальній дієті, дотриманню гігієнічних приписів, виконанню вправ, фізичній активності. Ментальне здоров'я досягалось шляхом релігійних практик та вивченням філософії.

Література:

1. Амусин И. Д. Тексты Кумрана. – Вып. 1. – М.: Наука, 1971. – 491 с.
2. Книга античности и Возрождения о временах года и здоровье. – М.: «Книга», 1971. – 144 с.
3. Кюмон Ф. Восточные религии в римском язычестве. Пер. с франц. Саниной А. П. – СПб.: Издательство «Евразия», 2017. – 352 с.
4. Павловский Л. Н. Великие деятели мировой медицины. – К.: ДИА, 2013. – 560 с.
5. Плутарх. Исида и Осирис / Плутарх. – М.: Эксмо, 2006. – 464.
6. Рожанский И. Д. История естествознания в эпоху эллинизма и Римской империи. – М.: Наука, 1988. – 448 с.

Лукашенко М. В.,
Вінницький медичний коледж імені академіка Д. К. Заболотного,
marina.look@gmail.com

РЕЛІГІЙНІ, ФІЛОСОФСЬКІ ТА НАУКОВІ УЯВЛЕННЯ ПРО ЗВ'ЯЗОК ДУШІ І ТІЛА

Питання зв'язку душі і тіла цікавило людство з часів когнітивної революції і продовжує бути актуальним у сучасному світі, але в іншому формулюванні, яке стосується мозку та психіки, природи свідомості. Дослідження, які почали впроваджуватися з 90-х років минулого століття, і особливо відкриття останніх 6 років (з 2013 р.), вже не дозволяють спростити розуміння психіки

лише до функції мозку, що полягає у відображенні об'єктивної дійсності, яке задовольняло наукову спільноту тривалий час. І основною проблемою тут постає визначення демаркаційної лінії, яка б відокремлювала процеси збудження і гальмування в корі головного мозку від власне психічних процесів, або пояснення механізму перетворення електрохімічних реакцій в свідомість. Це означає, що нейро-науковий мейнстрім на кшталт Human Brain Project, який має шанс повторити долю всесвітнього проекту «геном людини» і скоординувати дослідницькі програми країн Євросоюзу, США, Японії, Кореї, Китаю, Канади, Австралії та ін. не дозволяє зупинитися і дати нове загальновизнане визначення психіки та свідомості. Виключенням є декларація про свідомість, підписана нейробіологами та фахівцями з когнітивних наук у 2012 р. в Кембриджі: «Загальні дослідження свідчать про те, що нелюдиноподібні тварини мають нейроанатомічні, нейрохімічні та нейрофізіологічні субстрати станів свідомості разом зі здатністю проявляти розумну поведінку» [цит. за 2, с. 154]. Тобто в ній, в результаті спроб розшифрувати як мозок кодує думки, систематизованих Станісласом Дехане (Consciousness and the Brain), узагальнюється і визнається не унікальність нейрологічних субстратів, які генерують свідомість. З іншого боку, людство сьогодні витрачає шалені ресурси на створення штучного інтелекту. Наприклад, 15-річна китайська програма China Brain Project, яка розпочалась у 2017, вже сьогодні дозволяє інтернет-пошуковику Sogou експортувати віртуальних ведучих зі штучним інтелектом.

Отже, зупинимось на інтерпретаціях зв'язку «душі і тіла», які трансформувалися, розвиваються і співіснують до сьогодні. Їх можна об'єднати у три кластери: міфологічний, або теологічний (за різними класифікаціями), філософський та науковий. Цікаво, що вони не виключають надбання один одного. Так, з огляду досліджень та конференцій, присвячених вивченню мозку у 2018 р., здійсненого К. В. Анохіним, виокремимо кілька прикладів. Зокрема, з 1996 року проходять щорічні міждисциплінарні конференції The Science of Consciousness, які об'єднують щорічно нейробіологів, фізиків, філософів і навіть езотериків. У літку 2018 р. пройшла перша загальноєвропейська конференція Understanding Consciousness, де були оприлюднені результати 5-річного дослідження Human Brain Project. На ній були представлені наукові теорії свідомості, зокрема, нейронального глобального робочого простору Ж.-П. Шанже, дослідження нейрофізіологічних, нейронних корелятивів свідомості, а також дослідження таких провідних філософів як Д. Чалмерс та Н. Блок.

Перший кластер інтерпретацій даного зв'язку пов'язаний з міфами, які спільно уявленою формою пояснення світу, місця людини у ньому та причин того, що з нею відбувається. Властива йому анімістичність по-різному описує природу душі та її зв'язок з тілом навіть в рамках однієї парадигми. Не зупиняючись на міжрелігійних відмінностях, розглянемо кілька прикладів з творів отців Церкви. Так, св. Іоанн Златоуст, св. Кирил Александрійський та ін. писали про творення душі Богом у період формування тіла ембріону. А святителі Василь Великий, Григорій Богослов, св. Афанасій Великий, св. Макарій Єгипетський схилилися до народження тіла і душі людини батьками. Св. Феофан Затворник поєднує ці дві позиції, виокремлюючи в єдиній людській душі дві умовні частини – тварну і духовну, яка відрізняє людину від тварин

самосвідомістю, свободою, прагненням Бога.

Не існує одностайності й серед філософів, які шукали пояснювальний принцип психічного. Так, діапазон тверджень про душу сягає від ідей передіснування душі, різних природ трьох її складових (Платон), ідей атомарної (Демокрит) її будови – до означення душі і тіла при існуванні їхнього субстанційного союзу та зв'язку на фізичному рівні через епіфіз (Р. Декарт). В українській філософії чільне місце займала ідея кордоцентризму (серце, як орган душі) – єдності, цілісності духу, душі і тіла. Для філософів-екзистенціалістів людина існує тілом (Сартр) і саме з цього досвіду, спілкування з іншими вона стає собою, бере відповідальність за життя.

Науковий підхід до пояснення взаємовпливів душі і тіла пов'язаний зі зміною методології, яка наближується до природничої. Проте її початок не протиставляється релігії, філософії, а пов'язаний з накопиченням досвідом. Так, наприклад, в Київській духовній академії у 1862 р. М. Троїцьким при кафедрі психології була створена перша в світі психологічна лабораторія. Проте зміна методології, нові знання, історичний контекст секуляризованого суспільства знаменували вихід психології зі стін духовної академії та релігійних границь. Це поставило дослідників перед необхідністю постійного оновлення знань щодо зв'язку та взаємовпливу соматичної та психічної частин людини. Починаючи від перших напрямків (психоаналізу, когнітивно-поведінкової психотерапії) і до сучасних течій, акценти щодо значимих чинників, що впливають на формування психіки людини, постійно зміщуються.

Так, зокрема, серед сучасних психологічних напрямків варто згадати нейроекономіку, представники якої вивчають особливості роботи мозку при прийнятті нами рішень. Наприклад, як люди визначаються стосовно такої гострої біоетичної проблеми, як дозвіл або відмова від «продажу», «дарування» чи «забору» органів після смерті. Для відповіді на дане питання необхідно порівняти кількість громадян, які погодилися на трансплантацію їхніх органів після смерті у Європейських країнах, що мають схожі культурно-історичні, соціальні та економічні умови (наприклад, 12% – Німеччина і 100% – Австрія; Велика Британія – 17% і Франція – 100%, Данія – 4% і Бельгія – 98%). Дані показники виявилися вражаюче різними і єдине, що відрізняло ці країни – формулювання питання про згоду на трансплантацію органів після констатації смерті! Тобто навіть у таких питаннях людина діє під впливом «наджив», поштовхів, які роблять експерти, декларуючи на державному рівні презумпції згоди чи незгоди.

Серед медичних галузей варто зупинитися на психосоматиці, назва якої походить від грецьких слів «душа» і «тіло», а предметом вивчення є вплив психологічного стану на виникнення та перебіг захворювань. Нетривіальним було використання даного зв'язку в Середньовіччі суддями, які не були певні у правильності рішення щодо провини підсудного. Вони передавали справу священику, який міг призначити ордалії – випробовування дикою твариною, окропом чи розпеченим залізом, що мали проявити волю Бога, який знав правду і міг відвернути шкоду від невинного. Цікавими є осмислення робіт П. Лісона С. Левітом та С. Дабнером, які вбачали тут дію принципу царя Соломона [1, с. 130-131]. Так, згідно записів у церковній книзі Угорського хра-

му XIII, там було розглянуто 308 справ через проведення ордалій, 100 з яких було закрито на початку, а 208 осіб біля вівтаря в присутності прихожан брали в руки розпечене залізо. Опіки з них отримали лише 78 чоловік, а це означає, що 130 людей залишилися неушкодженими. Не маючи підстав повністю пристати до гіпотези про підлаштовування збоку священників, про які здогадується П. Лісон, але погоджуючись із твердженням про різну реакцію на одне й те саме випробовування винного і того, хто не має провини, висунемо гіпотезу про відповідну психосоматичну реакцію. Дійсно, якщо людина винна, то вона швидше за все відмовиться від проходження випробовування, адже розуміє, що Господь знає її провину і покарає, а після цього необхідно ще й відбутися суспільні санкції, як то штраф, в'язниця і т. п.. Тому краще покаятися, відшкодувати заподіяну шкоду і понести покарання, але хоча б залишиться здоровою. Інша справа реакція невинної людини, яка впевнена, що «якщо Бог з нами, то хто проти нас?». Така людина впевнено йде на випробовування і залишається неушкодженою. Тоді чому ж 78 осіб все ж мали опіки? Можливо це люди, які переживали страх та амбівалентні почуття стосовно звинувачення, коли, наприклад, побажання зла або знання про спланований іншим злочин сприймається як провинна або опосередкована участь у ньому. В літературі давно описані ефекти «смерті вуду», коли людина помирає як тільки дізнається, про дії вуду щодо заподіяння їй смерті. Опіки від холодних предметів, які очікувалося, що будуть гарячі і т. п. Нестерпний біль в руці від простого проміння світла, коли була установка, що буде боляче, а попередні учасники при цьому кричали і коментували його як надзвичайний.

Цікавим є доведений і зворотній зв'язок. Так, у сучасних лабораторіях за допомогою аналізу слини учасників експериментів визначали рівень кортизолу і тестостерону – гормонів стресу і агресивності, наполегливості. Після цього одна група людей приймали позу впевненої домінуючої людини, займаючи більше простору, а інша – невпевненості, тривоги, зменшуючи простір, який займає тіло. Виявилось, що лише після двох хвилин такого статичного положення тіла без сторонніх впливів і спілкування, в учасників експерименту достовірно змінився рівень кортизолу і тестостерону. В першій групі знизився рівень гормону стресу і зріс рівень впевненості та рішучості, а в другій – навпаки.

Якщо тілесно орієнтовані напрямки психотерапії базуються на такому досвіді, вирішуючи психологічні проблеми через пізнання власного тіла, його відчуттів, рухів, пластики і т. п., то на іншому полюсі стоять течії, предметом уваги яких є не мозок і тіло, і навіть не внутрішній світ людини, а її зовнішні соціальні зв'язки. Наприклад, у системній терапії акцент ставиться на зв'язках. Хвороба розглядається не як така, що належить людині, а в контексті системи, тоді як людина постає її носієм, ідентифікованим пацієнтом. Симптом розглядається як метафоричне вирішення проблеми, хоча й не найкраще. Як виникнення, так і вирішення проблеми пов'язано з системою зв'язків людини, їх відновленням, оздоровленням або побудовою нових. Тут пригадується символічне значення терміну «релігія» – відновлення зв'язку (між людиною і Богом). А згідно з образом сонця і променів, описаним аввою Дорофеем, чим ближче люди до Бога, тим більш наближені один до одного, і навпаки, коли є віддаленими від

Нього, то замикаються у холодній самотності. Тобто для психології одним з основних завдань є відновлення і побудова внутрішньо-особистісних (зокрема, психо-соматичних), інтерсуб'єктивних і соціальних зв'язків.

Узагальнюючи огляд трансформацій уявлень про зв'язок душі і тіла, важливо наголосити на співіснуванні різних моделей інтерпретацій даної проблеми, їхнього перетину та доповнень. Наприклад, при вивченні нейрофізіологами станів зміненої свідомості людини в результаті медитацій, впливу галюциногенних речовин, які використовуються при містичних обрядах, та осмислення цих результатів філософами. При цьому сьогодні особливо гостро постало питання визначення механізмів роботи мозку від молекулярного до системного рівнів, розуміння психіки та свідомості, новий погляд на інформацію в контексті даних досліджень.

Література:

1. Левітт С., Дабнер С. Думай як фрік. Нестандартні підходи до розв'язання проблем / Стівен Левітт, Стівен Дабнер; пер. з англ. Т. Заволоко. – 2-ге вид. – К.: Наш формат, 2017. – 216 с.
2. Харарі Ю. Н. Homo Deus. За лаштунками майбутнього / Ювал Ной Харарі; пер. з англ. О. Дем'янчука. – К.: Форс Україна, 2018. – 512 с.

Мартинюк Ю .І.,

Український католицький університет,

Львівський національний медичний університет імені Д. Галицького

gmart@ucu.edu.ua

ІНТЕГРАЛЬНИЙ РОЗВИТОК ОСОБИ ЯК ПІДСТАВОВА КАТЕГОРІЯ ЛЮДСЬКОЇ ЕКОЛОГІЇ

Світ є дійсністю, наділеною певним сенсом і ціллю Як такий підлягає розмаїтими перемінам і трансформаціям, завдяки яким досягає щораз досконаліші форми. Ці процеси науково окреслюються поняттям розвитку.

В життя особи, будучи інтегральним елементом світу, включений перманентний розвиток. Ця проблема є однією з підставових тез антропології. Не дивно, що людська екологія, яка намагається описати особу і її відносини з природним середовищем, трактує інтегральний розвиток особи на лише як принципове твердження, але, перш за все, як власну категорію. Відповідно, однією з головних тез досліджень в рамках людської екології є твердження, що людина попри свої стосунки з середовищем розвивається, та, користуючись всім доступним в ньому, здатна ставати щораз досконалішою. Як матеріальні, так і нематеріальні елементи середовища, зокрема такі як активність і різноманітний досвід, спричинюють людські переміни в напрямку становлення «щораз більше людиною», тобто скеровують до повноти інтегрального розвитку.

Початок розвитку в загальному сенсі означає процес, який провадить до щораз досконаліших форм існування певної дійсності. Концепція цілісної особи, як фізично-духовної єдності, без сумніву, передбачає право на розвиток.

Ретельний аналіз, зрештою, приводить до твердження, що бути особою, означає постійне становлення нею. Не йде мова тут про розвиток лише певних аспектів, але про автентичний і повний розвиток особи, тобто інтегральний розвиток, який охоплює особу у всіх вимірах і проявах її екзистенції. Мається на увазі, радше, процес, в якому триває реалізація проекту становлення щораз досконалішою особою [5, §14-15, 3, §9]. Надзвичайно важливим в цьому контексті є усвідомлення остаточного сенсу буття людини-особи. Його значення виражається у досягненні досконалості, що тотожне повноті розвитку.

Інтегральний розвиток особи є процесом, який відноситься до конкретної особи як одиниці, яка є її засадничим предметом. Увиразнюючи, однак, факт суспільної природи людини та, усвідомлюючи правду про приналежність її до світу природи та перебування серед речей, які не позбавлені впливу на неї, слід добачати в її інтегральному розвитку, вершину будь-якого розвитку і поступу (природничого, наукового, технічного). Їх призначення, сенс і сповнення увиразнюються насправді тоді, коли вони сприяють і служать досягненню досконалості людською особою. Постулат інтегрального розвитку особи розкривається як покликання до цих перемін. В цьому контексті слід підкреслити, що засада примату особи людини відносно інших творинь і суспільства, є однією з найважливіших засад, які упорядковують життя в світі [1, с.57]. Гідність, яка виражається, між іншим, в можливості використовувати розум, сумління, волю, і схильності пізнання правди, не лише вирізняє особу посеред цілого творіння, але також чинить її найвищою на землі цінністю. Іван Пало II стверджував, що особа, і тільки вона є цінністю в собі і через себе [9, §37]. Тому, її розвитку повинні підпорядковуватись інші дочасні цілі.

Першим, найбільш явним вираженням розвитку є фізичний розвиток людини, яка зростає і вдосконалює своє тіло. В цьому випадку найбільш виразно проявляється залежність людини від зовнішнього світу. Це помітно перед усім у біологічній (фізіологічній) сфері, але також і в будь-яких інших відносинах, що стосуються здобування досвіду. В цьому місці також чітко верифікується вже згадана теза про скерування і зосередження будь-якого поступу на розвитку людини, яка як елемент світу постійно розвивається.

Розвиток людини здійснюється не лише тому, що вона, як частина світу вдосконалюється. Цей аспект, пори свою важливість, все таки є вторинний, похідний, хоч і не може бути знехтуваний. Основна суть розвитку сповнюється, позаяк, найперше в нематеріальних сферах людської екзистенції. В такому випадку складно не погодитись з твердженням про те, що розвиток людини є ціллю, яка вимагає відповідних середників. Насамперед слід додати, що таким засадничим середником є людське вільне і цільове діяння. Воно без сумніву впливає на власне становлення і вдосконалення.

Підкреслюючи трансценденцію особи на відміну від всіх інших творинь, не можна, однак, нехтувати фактом, що вона не зможе на повну розвинути, зреалізуватись без оточуючого її світу. Через людське діяння дух витискає знак на матерії. Плодом преображення світу є поступове одуховнення – гуманізація. Світ через втручання в нього людини стає щораз більше і повніше «одуховленою матерією», натомість людина, присутня в ньому та заангажована справою його покращення, стає щораз інтенсивніше та глибше «духом в матерії» - щораз

більше людиною [6, с.426]. Гуманізація світу, поєднана з господарсько-технічним поступом сприяє тому, що умови побуту стають щораз більше людські. Людина надає сенс всілякому розвитку. Суть суспільного поступу, господарського, економічного, технічного тощо, міститься в служінні на користь інтегрального розвитку особи. Через свою усесторонню діяльність людина, вдосконалюючи світ, частиною якого є сама, остаточно вдосконалює себе. Правда полягає в тому, що в людській особі матерія і дух творять монолітну цілість, і, без сумніву, вдосконалення матеріального світ остаточно передбачає розвиток особи. В документах II Ватиканського Собору вказується, що людська активність, як походить від людини, так теж і до неї скеровує. Людина завдяки праці не лише змінює речі і суспільство, але теж вдосконалює і себе [8, §35].

Цілісний розвиток особи, отже, може повні здійснюватись через дії «зовнішні» у вигляді втручань в матерію, якими людина вдосконалюється як елемент світу, а також через рівноцінне вдосконалення «нутра» - духа особи, яке полягає у відкритті себе на трансцендентне підчас діяння. Особа, живучи в світі, є не від світу, тобто трансцендентує світ. Тому її остаточно покликання до повноти життя реалізується у спільноті з Богом, яке, проте не може бути виконане поза світом, тобто поза природою і суспільством. Це покликання, однак, є дуже особистим і внутрішнім [4, с. 45-47]. Внутрішній і суспільний вимір людини передбачає сутнісний історичний вимір її життя, покликання до розвитку в часі, і до включення себе до поступового становлення цілого людства. Відповідаючи концепції інтегрального розвитку, зверненого на Бога як його остаточною ціль, людина переступає горизонт часу і історії, коли поміщує його в особовий і безпосередній діалог з Вічним Буттям.

Інтегральний розвиток особи з перспективи вічності розкриває зміст динаміки руху від образу до Божої подоби. Бог є повнотою життя, а людина приймає участь в Божому житті. Сам факт життя є участю в природі Бога і це, властиво, означає бути образом Божим. Це твердження стосується виключно людей, а інші живі істоти відображають лише слід Божий і не перебувають з Ним в особових стосунках. Чим більша активність і сила панування над собою і оточенням, тим вищий ступінь життя [2, с. 447]. Це означає, що людина, дбаючи про своє тіло, працюючи, здобуваючи знання а також піклуючись про релігійний і моральний розвиток, збільшує в собі ступень життя. Дякуючи цьому, вона щораз більше стає учасником Божого життя. Результатом цього є факт, що Бог діє в душі людини, а вона в Богові. Безперечно цей процес можна ототожнити з інтегральним розвитком особи.

Інтегральний розвиток, який означає становлення себе щораз більше і повніше людиною, виразнюється через діяння, скероване на вдосконалення особовості, розвитку схильностей, а для цього людина вдається до різних обмежень і щораз більше стає володарем себе – свідомим свого покликання і готовим до його реалізації. Остаточно, отже вдосконалення себе не полягає у пристосуванні до буття в світі як до ускладнених умов середовища, але в урівноваженні в дочасному світі онтологічної і моральної рівноваги свого буття. Дивлячись на цю тему під іншим кутом зору, можна ствердити, що поступ на шляху розвитку є відкриттям особи на трансценденцію і прагненням до поєднання з нею. Будучи образом Творця, особа осягає досконалість не лише через готовність відкриття на Нього і діалогу з Ним, але через щораз більше уподібнення до Нього (але як той, хто вас покликав – святий, так само й ви самі усім вашим життям станьте святі, написано

бо: «Ви будете святі, бо я святий» І Пт. 1, 15-16). Вершиною інтегрального розвитку особи є її святість, тобто перспектива вічного життя в Царстві Божому, а також реалізація цього Царства «тут і зараз». Умовою досягнення такого стану, окрім благодаті Божої, є зусилля людини, через які здійснюється її поступ в релігійній та моральній сферах. Розвиток, отже, як стверджував Іван Павло II, не є поняттям виключно світським, але проявляється як суспільний вимір основоположного покликання людини [3, §30].

Правдивий і повний розвиток особи означає її інтегральний розвиток. Це поняття охоплює не лише значення цілості, але й зцілення – віднайдення цілості. Інтегральний розвиток особи означає, отже, не лише розвиток біологічний, хоч і вміщає його, але усесторонній поступ, який пов'язаний в єдину цілісність. Йде мова про розвиток як кількісний, так і якісний, тобто розвиток всього, що в будь-який спосіб пов'язується з особою людською та зрештою сприяє становленню щораз досконалішої особи [7, с. 17].

Згадуючи засади інтегрального розвитку особи, необхідно підкреслити, що окреслення її як істини неустанного розвитку не означає одночасно уявлення про неї як неповного чи ущербного творіння. Але навпаки, означає це одне, що особа є динамічною реальністю, скерованою до досконалості в фізичному, психологічному, інтелектуальному, духовному і моральному аспектах, але від початку є повна і досконала в онтологічному і метафізичному баченні.

Література:

1. Alfaro J. *Teologia postępu ludzkiego*. – Warszawa: ODiSS, 1971. – 143 с.
2. Granat W. *Personalizm chrześcijański. Teologia osoby ludzkiej*. – Poznań: KsW, 1985. – 663 с.
3. John Paul II. Encyclical letter “Sollicitudo rei socialis” (30 December 1987). – URL: http://w2.vatican.va/content/paul-vi/en/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_26031967_populorum.html
4. Nagórny J. *Posłannictwo chrześcijan w świecie*. - Lublin: RW KUL, 1998. – 440 с.
5. Paul VI. Encyclical letter “Populorum progressio” (26 March 1967). – URL: http://w2.vatican.va/content/paul-vi/en/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_26031967_populorum.html.
6. Rogowski R. *Antropologiczne podstawy postępu*. // *Ateneum Kapłańskie* 66, т. 82, 1974. - 420-435 с.
7. Strzeszewski Cz. *Integralny rozwój człowieka według wskazan encykliki Pawła VI Populorum progressio* // *Zeszyty Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego* 12, nr 2, 1969. – 17-22 с.
8. Душпастирська конституція про Церкву в сучасному світі «Gaudium et spes» // *Документи Другого Ватиканського Собору (1962-1965): Конституції, декрети, декларації. Коментарі / перекл. з лат / Український католицький університет*. – Львів: Свічадо, 2014. – 608 с.
9. Іван Павло II. *Післясинодальне апостольське повчання «Покликання і місія мирян» // Christifideles laici*. – Львів: Видавництво «Місіонер», 2006. – 80 с.

МИКОЛА ФЕДОРОВ ПРО ДУХОВНІ ЧИННИКИ ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Цей рік, так само, як і минулий, є ювілейним для найяскравішого представника філософії космізму на теренах колишніх Російської імперії, яким є Микола Федорович Федоров (9 червня 1829 – 28 грудня 1903 року за новим стилем). Знаний як автор багатьох праць, виданих його учнями під назвою «Філософія спільної справи»¹, він, як учитель Костянтина Цюлковського, у прямому значенні слова став натхненником космонавтики, а також висловив цілу низку думок, які виявилися пророчими. Окремо слід згадати і особливий зв'язок мислителя з Україною: навчаючись у 1849 – 1851 роках в Одесі, він пройшов філософську підготовку у знаного українського шеллінгіанця – Йосипа Міхневича. Як наголошують Григорій Волинка і Наталія Мозгова, «Оскільки Й. Міхневич був єдиним професором філософії, його не міг не слухати ліцеїст М. Федоров» [2, с. 16]. Тому «вважаємо необхідним звернути увагу на ідею, яку проголошує Міхневич і яка є центральною у творчості М. Федорова – ідею оживлення мертвої речовини, зокрема – ідею воскресіння тіл предків» [2, с. 19].

Федоров – творець оригінального філософського вчення, яке органічно поєднало те, що, на перший погляд широкого загалу, є непоєднуваним: з одного боку, православне християнство, з іншого – позитивізм та емпіричне природознавство. Причому, як стає зрозумілим кожному читачеві його творів, названі складові утворили цілком завершену, справжню систему.

Її автор, будучи знайомим з успіхами різних галузей наук (нагадаємо, що текст «Питання про братерство...» склався протягом 1878 – 1891 років), застав саме той час, коли щораз більше ставала очевидною поява природознавства, а відтак і наукової картини світу, нового, якісно відмінного від класичного, типу. Саме тоді зароджувалися теорія відносності, квантова фізика, вчення про елементарні частинки. Панівним настроєм був прогрес, перш за все науковий, безпосередньо на якому ґрунтувався суспільний. Здавалося, що людство наближається до омріяної доби благоденства, відновленого Золотого віку...

Але вже і тоді, на тлі відомих міжнародних зрушень і чіткого розуміння того, що звичний, класичний світогляд поступається місцем чомусь новому, було очевидним інше: дивовижні здобутки техніки та спричинені ними новинки у праці та повсякденному побуті, перегляд традиційних цінностей містить у собі болючі протиріччя і явні загрози існуванню самої людини.

З цієї причини Федоров, маючи змогу гідно оцінити звичне і нове, і вирішив сказати своє слово, хай навіть у в межах вузького кола знайомих і довірених людей. Його вказівка на негативні явища повсякдення, конкретніше – такий психоемоційний стан пересічних співвітчизників, особливо з освічених кіл, а також мешканців найбільш високорозвинених на той час країн, що неминуче призводить до розладів, має особливо глибинний, сутнісний

характер. Пропонуються також і шляхи усунення і унеможливлення цих загроз. Тому можна стверджувати, що мислитель запропонував одну з вагомих і впливових версій справжньої філософії медицини.

Він починає з аналізу здобутків новітньої на той час філософії як тієї форми світогляду, яка покликана дати найбільш узагальнені і осмислені відповіді на різноманітні виклики, що постають перед людиною. І тут маємо констатацію гострої кризи. Оскільки найбільш освічені люди є елітою будь-якого суспільства, Федоров звертає увагу передусім на них. Ось його перший висновок: «Розлад внутрішній ховається і в розладі зовнішньому, у відокремленні вченого й інтелектуального класу від народу. Знання, позбавлене почуття, буде знанням причин лише взагалі, а не дослідженням причин неспорідненості; розум, відокремлений від волі, буде знанням зла без прагнення викоренити його і знанням добра без бажання його утвердити, тобто буде лише визнанням неспорідненості, а не проектом відновлення спорідненості» [1, с. 67]. Альтернатива до такого стану справ висловлена у положенні, яке буквально у кількох рядках висловлює сутність філософського вчення мислителя: «Але щойно розум отямлюється, то починається згадування батьків померлих (музей), а разом і з'єднання синів цих померлих, а також батьків, які ще живуть (собор), для виховання своїх синів (школа); повнота ж почуття є об'єднання всіх, хто живе (синів), повнота волі, або сукупної дії всіх живих, є воскресіння всіх спочилих (батьків), собор усіх, хто жив, або об'єднання народжених для воскресіння померлих, померлих шляхом народження і живлення» [1, с. 67-68].

Вже згадана криза філософії стала причиною психічних хвороб, відомих як залежності. Порівняно з їх загальновідомим приводом – віданні переваги ілюзорному світові над реальним, Федоров розкриває їх найглибшу світоглядну причину, яка проявилася у антисцієнтичному напрямку думки: «Необхідним наслідком виокремлення вчених в особливий прошарок є три пороки: перший, корінний, є перетворення світу на уяву, на фікцію; те, що у житті єгоїзм, соліпсизм і всі злочини, які з нього випливають – усе це знайшло свою формулу у філософському вислові “світ – моє уявлення” (єготизм), який є останнім результатом будь-якого критицизму... Наслідком цього головного пороку (перетворення світу на уявлення) є два інших – морфінізм та гіпнотизм. Тому що коли світ є уявлення, то перетворення неприємних уявлень на приємні за допомогою морфіну, ефіру тощо було би вже розв'язанням світового питання, бо це відповідало б усуненню всіх страждань і заміні їх насолодою; гіпнотизм же розв'язує це питання ще простіше, він вважає себе здатним позбавляти усіляких хвороб і пороків силою одного лише бажання» [1, с. 69]. Це, звісно, веде тільки до самознищення: «Але вдаватися до морфінізму – це означає одурманювати себе, позбавляти себе розуму і чуття; вдаються з до цього засобу тому, що в житті нема гідного для розуму застосування; людина тільки тоді не буде одурманюватися, коли перетворення сліпої сили на розумну буде її справою, бо перетворити сліпу силу на розумну означає все життя зробити таким самим. Одурманювання себе у прошарку вчених, тобто позбавлення себе розуму людьми, які ним, думкою живуть, є, очевидно, покаранням за відокремлення себе від інших людей, за байдужість до спільних бід, за негідне вживання розуму» [1, с. 69].

У безвихідь заводить і інша найпопулярніша на той час філософська течія, що представляє протилежний, саєнтистський напрям: «Позитивізм, останнє слово європейської науки, не є вихід зі школи, отже, і з вченого прошарку, тобто позитивізм також заснований на відокремленні теоретичного розуму від практичного. Безсилля теоретичного розуму пояснюється бездіяльністю, або відсутністю спільної справи як доведення. Позитивізм – лише видозміна метафізичної схоластики, яка і сама шляхом такої самої видозміни виникла зі схоластики теологічної» [1, с. 70-71]. Очевидно, що завдяки суб'єктивізму та відокремленості від життя позитивізм збігається з вище описаними ірраціоналістичними вченнями, провідні з яких належать Артурові Шопенгаверові та Фрідріхові Ніцше, отже, ведуть до того самого результату.

Федоров звертається і до вчення про прогрес як найголовніший ціннісний орієнтир тогочасного суспільства. Зважаючи на всі обставини, вона виявляється вкрай невтішною: «Якщо старе говорить молодому: “Тобі належить рости, а мені маліти”, то це побажання добре, тут говорить любов батьківська; якщо ж молоде говорить старому: “Мені належить рости, а тобі забиратися в могилу”, то це прогрес, – і говорить тут не любов, а ненависть, і ненависть, звісно, блудних синів» [1, с. 76]. Адже, якщо бути послідовним, доводиться визнати, що «біологічно прогрес полягає у поглинанні молодшим старшого, у витісненні синами батьків; психологічно він – заміна любові до батьків на бездушне піднесення над ними, презирство до них, це моральне, або, правильніше, найбільш аморальне витіснення батьків синами» [1, с. 77], а тому він перетворюється на свою протилежність: «Прогрес є саме та форма життя, за якої людський рід може скуштувати найбільшу суму страждань, прагнучи досягнути найбільшої суми насолод» [1, с. 78].

Мислитель не оминув увагою і таку рису високорозвинених суспільств, як швидкий темп життя, справжній культ швидкості. Найпомітнішою ознакою цього є видозміна письма: «Ніщо так наочно не розкриває ні самої сутності прогресу, цього посліпного руху до новизни та квапливого заперечення старовини, цієї необдуманної заміни першої на останню, як палеографія, наука про старі письмена» [1, с. 82]. Показово, що «букви готичні й уставні, які виводяться з глибоким благоговінням, з любов'ю, навіть з насолодою, виконувані як художня робота, як молитва (звісно, не теперішня, зайнята випрошуванням двохсоттисячних вирашів), тобто виконувана з такими ж самими почуттями, з якими в той час будувалися храми, писалися ікони, ці букви були величаві, як готичні собори» [1, с. 82-83]. Натомість «скоропис (курсив, дрібне, побіжне письмо, білопис) – це письмо Нового часу, часу, який переходить від релігійного життя до світського. Подібно до того, як усі посади і професії позбуваються священного значення, і письмо перестає бути службою Богів у спільній, хоча й таємничій справі, а подібно до інших професій, перетворюється на особисту справу і стає засобом наживи» [1, с. 83]. Секуляризація культури, поряд з очевидним підсиленням типового небратнього стану, неминуче веде до таких змін у письмі, які мають відповідати практично щоденному пришвидшенні темпу життя: «Для новітнього часу і скоропис виявився ще повільним, і ось він створив стенографію для записування всього, що створюється нашвидкоруч» [1, с. 84]. Сьогодні ми маємо підстави

стверджувати, що Федоров цілком передбачив появу того, що знає нам як кліпове мислення.

Завершальні висновки мислителя щодо прогресу є справжнім вироком: «... але швидкість не наповнює душу, а робить у ній порожнечу, бо прогрес жертвує душею заради збільшення предметів чуттєвого задоволення, заради збільшення не предметів необхідності, а предметів розкоші. Ідеал прогресу (за поняттям вчених) – дати участь усім як у виробництві предметів чуттєвого задоволення, так і у споживанні їх; тоді як метою істинного прогресу може і повинна бути тільки участь усіх у справі, або в праці, пізнання сліпої сили, яка носить у собі голод, рани і смерть, для перетворення її на живоносну. Замість того, замість перетворення сліпої сили природи на керовану розумом, прогрес саму душу перетворює на сліпу силу» [1, с. 85]. Перманентний по суті справи стресовий стан сучасної людини, щоразу підсилюваний споживачтвом, підтверджує це положення більш ніж переконливо.

Виявляється, що як вчення про прогрес, так і наука з філософією лише підходять до визначення кореня зла, остаточно ж відповідь, тобто справжній діагноз втраті психічного здоров'я кожної людини зокрема і всього людства загалом може поставити лише релігія, точніше, християнство: «У законі спадковості ми маємо справу з первородним гріхом, який набув органічної форми пороку, який перетворює любов духовну на любов чуттєву з її необхідною супутницею – смертю» [1, с. 409]. Отже, причину всіх лих, у тому числі небратнього стану, знайдено. І цей висновок Федорова отримав підтвердження, адже ще на зорі пострадянської доби С.Семенова зауважила: «В останній час з'явилися цікаві психологічні дослідження. За їх результатами, глибинною причиною збільшення у нас ексцесів різних видів жорстокості, вбивств, садизму, є... підсвідомий страх смерті» [3, с. 31]. Бо навіть правова держава, нічим не може зарадити лихові, оскільки «зрадивши Отця Небесного у своєму падінні, людство вчинило низку зрад. Друга зрада полягала у полишенні землеробства, тобто праху своїх предків, зрада роду і племені і влаштування міста (або юридико-економічного суспільства). Повне вираження цієї зради являє собою Рим, який склався з волоцюг, які не пам'ятають роду (за винятком патриціїв), який створив право» [1, с. 431-432]. Як впливає з уже відомого нам, за Федоровим, право, поряд зі споживачтвом, є одним із найпотужніших чинників утвердження егоїзму, атомізації суспільства і, звісно, поглибленням небратнього стану.

Тут і розкривається значення головної філософської знахідки мислителя. Зваживши на успіхи того, що він назвав регуляцією природи – успішний вплив на погодні умови – Федоров стверджує: «Тільки через регуляцію матерії і дух здобуде повну перемогу над плоттю, перемогу загальну, а не часткову, неповну, безплідну, яка можлива у наш час» Так релігія, філософія і наука вступають у справжню синергію, причому саме наука робить можливим втілення в життя ідеалів релігії, причому слово «літургія» (з грецької – «спільна справа») набуває нового змісту і сенсу: «Релігія є справою воскресіння, тільки неповною, у вигляді тайнства... І поки не буде позахрамової літургії, позахрамової Пасхи, тобто вседобової і всерічної справи (метеоричної, телуричної), до тих пір воскресіння лишиться тільки

обрядом» [1, с. 131]. Або, як перефразовує відповідне положення мислителя провідна дослідниця його життя і духовної спадщини, «справжнє покликання філософії виявляється релігійним, точніше – перехідним від релігії до науки: релігія, активне християнство – Пасха – надає основну ідею, напрям, мету, філософія її розробляє, наука шукає засоби її здійснення» [4, с. 163].

У цих умовах надзвичайно особливого вигляду і значення набуває згаданий нами на початку позитивізм як філософська течія, орієнтована передусім на емпіричне природознавство: «Вчення про воскресіння є істинним позитивізмом, який усуває можливість будь-якого агностицизму, тобто чогонебудь недоступного для знання» [1, с. 54].

Підтверджені такої гармонії і синергії між щойно переліченими історичної формами світогляду навіть у досліджуваному нами тексті Федорова можна нарахувати десятки. Варто відзначити, що мислитель прямо говорить про самоспостереження стану здоров'я кожної людини як найважливіше суспільне завдання, у виконанні якого вирішальна роль відводиться освіті: «Беручи до уваги величезну важливість закону спадковості, слід визнати найбільш священним обов'язком кожного вести психофізіологічний щоденник і першим релігійним обов'язком школи – навчити вести такі щоденники; для складання програми названого щоденника потрібно не мало, не багато, як цілий міжнародний з'їзд психологів, фізіологів тощо. Ці щоденники стануть основою психократичного суспільства» [1, с. 408].

Цей неологізм Федорова має чітке визначення, яке стає зрозумілим з огляду на все вищенаведене: «Знання надасть міцну основу для дружності, і психологія знайде своє застосування у психократії, яка є суспільство, що тримається внутрішньою силою, а не зовнішнім законом, як держава або суспільство юридичні, з яких вигнано почуття, вийнята душа... Психократія, таким чином, є не царство безтілесних, безплотних духів, а вкладання душі в усі матеріальні функції» [1, с. 85], причому слід відзначити, що «принцип добровільності та винятково добрих засобів у вченні Федорова – один з основних... До речі, у мислителя зовсім нема тих інтонацій абсолютної впевненості в успіху Справи, цей успіх ставиться у залежність від вільного вибору людства: зрозуміє – не зрозуміє, піде – не піде...» [4, с. 555].

Отже, Микола Федоров на основі поєднання православного християнства з критичним осмисленням західної філософської думки і здобутків природничих і технічних наук, створив відому оригінальну систему, в якій чільне місце посідає визначення духовних чинників відновлення психічного здоров'я як окремої людини, так і цілого людства. Узагальнено їх можна охарактеризувати так: визначення уявних (ілюзорних) і дійсних психічних станів і потреб та вирішення заданих ними проблем у нерозривній єдності «особа – людство». Саме «спільна справа» людства робить це успішним. Мислитель досягнув нового, адекватного до сучасної доби, обґрунтування утвердження гідності людини: «раз усіх воскресити, то за всіма винятку визнається одна-єдина цінність» [4, с. 321].

З огляду на це, а особливо на сучасні виклики, пов'язані з проблемою постлюдини та нової спроби утвердити панування релятивізму, надто у царині моралі, ідеї мислителя, напевно, стають навіть більш актуальними, ніж у його

час. Як пише Світлана Семенова, «заклик опам'ятатися, перевести “замісний” предмет людської ненависті та боротьби з собі подібних на спільного для всіх “останнього ворога” – смерть, який прозвучав у “Філософії спільної справи”, необхідно мати на увазі і зараз, в епоху найбільш низових, практичних потреб, адже тільки він в остаточному підсумку (і для всього світу) дає радикальний вихід з тупика самознищення й нігілізму» [3, с. 32]. Відтак, у текстах Миколи Федорова маємо багате на майбутні здобутки поле досліджень як для філософів та богословів, так і для медиків.

Література:

1. Федоров Н. Ф. Вопрос о братстве, или родстве, о причинах небратского, неродственного, т. е. немирного, состояния и о средствах к восстановлению родства. Записка от неученых к ученым, духовным и светским, к верующим и неверующим / Николай Федорович Федоров // Сочинения / Общ. ред. А. В. Гулыга; Вступ. статья, примеч. и сост. С. Г. Семеновой. – М.: Мысль, 1982. – С. 53 – 441.
2. Волынка Г. И., Мозговая Н. Г. Иосиф Михневич: философия – божественное откровение / Григорий Иванович Волынка, Наталия Григорьевна Мозговая // Михневич И.Г. Сочинения / ред. Мозговая Н.Г., Волков А. Г., авт. вступ. ст. Волынка Г.И., Мозговая Н.Г., указат. Туренко В.Э. – Киев: НПУ имени М.П. Драгоманова; Мелитополь: МГПУ им. Б.Хмельницкого, 2014. – С. 5 – 33.
3. Семенова С.Г. Философия воскрешения Н.Ф. Федорова / Светлана Григорьевна Семенова // Федоров Н.Ф. Собрание сочинений: в. 4-х тт. Том I. – М.: Издательская группа «Прогресс», 1995. – С. 5 – 33.
4. Семенова С.Г. Философ будущего века Николай Федоров / Светлана Григорьевна Семенова. – М.: Пашков дом, 2004. – 584 с.: ил.

Кудин О. О.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
ookudin61@gmail.com

ХАДЖ ТА ЗДОРОВ'Я ПАЛОМНИКА

Хадж (паломництво) – один з основних приписів Ісламу, який зобов'язує мусульманина Хоча б раз у житті відвідати Мекку. Паломництво в Ісламі складається з відвідування храму Кааби в Мецці і здійснення ряду обрядів: відвідання могили Мухаммеда, здійснення молитви в ряді мечетей.

Згідно з ученням Ісламу, паломництво є обов'язком усіх мусульман. Деякі мусульмани відвідують також могили різних пророків праведників та святих.

Закони і правила паломництва остаточно були сформульовані й канонізовані Шаріатом, який ставить наступні умови паломництва до Мекки:

1. Паломник повинен бути повнолітнім.
2. Паломник повинен бути не божевільним і вільним (не рабом).
3. Паломник повинен здійснювати паломництво, не будучи вимушеним виконувати заборонені справи, не повинен здійснювати паломництво якщо у нього є справи важливіші або якщо дорога небезпечна і немає іншої дороги.

Паломник повинен мати такі можливості для паломництва:

1. Мати дорожній провіант; транспортні засоби для поїздки, в сучасних умовах – автомобіль або кошти для придбання квитків на повітряний, морський і наземний транспорт.

2. Бути фізично здоровим, щоб виконувати вимоги паломництва. Коли паломник знає, що після хаджу буде відчувати проблеми зі здоров'ям, паломництво для нього необов'язкове.

3. Паломник повинен мати достатньо коштів на витрати сім'ї, або ж мати можливість все влаштувати так, щоб після повернення з хаджу його господарство не занепало.

4. Для бідної людини паломництво не обов'язкове, якщо тільки яка-небудь людина не пообіцяє взяти на себе витрати, включаючи витрати його сім'ї, і якщо є впевненість, що цей чоловік виконає свою обіцянку.

5. Якщо мусульманин здійснює поїздки до Хіджазу з якими-небудь справами, по можливості він повинен здійснити і хадж [1].

На жаль деяким паломникам, бракує сил, щоб провести хадж від початку до кінця. Нерідкі випадки, коли слабкі здоров'ям паломники та люди похилого віку, вмирили від теплового удару або серцевого нападу. Медичні працівники закликають паломників, які хочуть здійснити хадж до головних святинь ісламу, дотримуватись правил безпеки і ретельно стежити за станом свого здоров'я.

У деяких країнах створені комісії які ретельно слідкують за станом здоров'я паломників. Вони зобов'язані робити щеплення і надавати про це довідку, з якою і відправляються в поїздки. Компанії, які їх супроводжують, повинні вимагати ці довідки і перевіряти їх на справжність.

Головною метою збереження здоров'я паломників є забезпечення правильного і своєчасного виконання ритуалів хаджу відповідно до вимог Священного Корану і Сунни Пророка. Відомо, якщо людина, заздалегідь не підготувала себе духовно і фізично до труднощів і випробувань хаджу є більш схильною до хвороб та страждань. В період перебування на священних землях, внаслідок хворобливого стану людина втрачає багато дорогоцінного часу.

За станом здоров'я паломників (як в сторону його зміцнення, так і ослаблення), з волі Всевишнього, мають слідувати три категорії людей: 1. Безпосередньо самі паломники; 2. Медичні працівники; 3. Керівники груп паломників.

Основну роль в збереженні здоров'я паломників покликані виконувати медичні працівники. Виходячи з досвіду медичного забезпечення організованих груп, що здійснюють тривале за часом перебування в пустельно-гірських районах зі спекотним та посушливим кліматом, значно віддалених від місць постійного проживання, і результатів роботи щодо забезпечення попередніх паломників (в тому числі з урахуванням зарубіжного досвіду), доцільно укомплектовувати

групи паломників медичним персоналом за таким розрахунком: група до 70 осіб - 1 фельдшер (медсестра), до 140 осіб - 1 лікар + 1 фельдшер (медсестра), до 200 чоловік - 1 лікар + 2 фельдшера (медсестри), до 300 осіб - 1 лікар + 3 фельдшера (медсестри), понад 300 осіб - 1 лікар - на кожні 300 паломників; 1 фельдшер (медсестра) - на кожні 100 паломників [2].

Медичні фахівці разом із звичайними паломниками також здійснюють обряди хаджу. Перебуваючи весь час серед хворих паломників, медичний персонал, як правило, і сам може захворіти; потрібен певний час для відновлення їх працездатності. З урахуванням цілодобового надання допомоги паломникам, необхідно виділяти час для відпочинку медичного персоналу, організувати їх роботу позмінно.

Звісно, священні мусульманські місця можна відвідувати і в будь-який інший час, але це не вважається паломництвом. Проведення хаджу для кожного прочанина супроводжується значними фінансовими витратами. Переїзд та проживання є недешеві оскільки нерухомість в Саудівській Аравії – одна з найдорожчих в світі.

Паломництво здійснюється в дуже спекотних місцях де потрібно підніматися на значні вершини і жити у досить спартанських умовах, що і визначає важливу роль фізичного здоров'я в житті кожного паломника.

Література:

1. Іслам: історія і сучасність [Текст]: Навчально-методичний посібник / В. І. Лубський, Є. А. Харьковщенко, М. В. Лубська, Т. Г. Горбаченко. - К.: «Центр учбової літератури». 2015. – 632с.
2. Исламский информационный портал / [Электронный ресурс] – Режим доступа (от 25.05.2019): <http://islam.ru/content/nauka> (заглавие с экрана) <http://islam.ru/content/nauka>.

Калантарова О. Ю.,

Інститут філософії імені Г. С. Сковороди НАН України
kalantarova.olena@gmail.com

ОСОБЛИВОСТІ ІНТЕГРАЦІЇ ТИБЕТСЬКОЇ МЕДИЦИНИ В ЗАХІДНИЙ КУЛЬТУРНИЙ ПРОСТІР КРИЗЬ ПРИЗМУ ДІАЛОГУ БУДДИЗМУ З НАУКОЮ

Наразі, завдяки інтенсивному розвитку діалогу буддизму з наукою, що триває вже понад 30 років, ми маємо досить широкий спектр досліджень в галузі, так званих, медитативних нейронаук (contemplative neurosciences), що вивчають мозкову діяльність та стан свідомості людини під час медитативних практик. Алан Волес (В. Alan Wallace), засновник цього напрямку досліджень, філософ та відомий експерт з тибетського буддизму, в своєму виступі «Buddhism-Science: Confrontation and Collaboration» на Міжнародній конференції «Буддизм та Наука» в Центральному Інституті Вищих Тибетсь-

ких Студій у місті Сарнатх (Варанасі, Індія, 2009) [8], дав оцінку перспективам розвитку діалогу буддизму і західної наукової думки та наголосив на певних приводах для їх конфронтації і співпраці у сфері спільних нейронаукових досліджень, зауважуючи при цьому на ключових відмінностях їх світоглядних позицій. Серед проблем етичної тематики, Волес особливим чином виокремив обмеженість матеріалістичних підходів, до яких схильні західні нейронауковці. Зважаючи на це зауваження, ми спробуємо розібратися в можливостях поширення методів тибетської медицини, яка побудована на холистичному принципі та має свої підходи до вивчення психофізики людини, в західному культурному просторі та певних застереженнях, що варто враховувати на шляху такої інтеграції.

Медицина в тибето-буддійській традиції зараховується до корпусу 5 великих буддійських наук [5]. Її автентична назва – сова ріпа (тибетською – *gso ba rig pa*), у перекладі з тибетської – «зцілення усвідомлення». Її історія складає багато тисячоліть. Свого часу, в 1890-их роках, бурятського лікаря та дослідника-перекладача Бадмаєва П.О. (Жамсаран Батми, 1851?-1920), особливо вразив хірургічний розділ основного трактату з тибетської медицини «Чотири Основи» («Чжуд Ші», тиб. – *gyud bzhi*). З відгуків сучасників Бадмаєва на його переклад цього трактату:

«... ми бачимо, що в тибетській медицині часто-густо застосовувались масажі, бальнеотерапія та інші методи лікування, але особливої довершеності досягла хірургія. Велика кількість хірургічних операцій та необхідних інструментів безперечно свідчать про блискучі успіхи в цій галузі медицини, про які європейські лікарі навіть і не мріяли до останніх років нинішнього століття; а до деяких інструментів, як наприклад, для видалення пухлин з хребтового стовбуру, бодай і досі не додумалися» [1,45] (пер. О.К.).

На превеликий жаль, велику кількість практичних лікувальних методів було втрачено, але традиція перекладів тибетських медичних трактатів задля дослідження процесу лікування, значно активізувалась наприкінці 20 століття [2]: російською були перекладені «Атлас тибетської медицини» (1994), «Чжуд Ші» (2001), рецептурний довідник «Кунпан-дудзі» (2008), та ін. [4, 5] В 2014 було ретельно перекладено російською «Вайдур'я Онбо» – славнозвісний трактат регента Далай Лами V, великого вченого на ім'я Десрід Санчжай-чжамцо (1653-1705), який запровадив уніфікацію розрізнених тибетських наукових надбань. І на сьогодні, ми вже маємо певну картину того лікувального процесу, який застосовували раніш і який застосовують зараз тибетські лікарі в своїй практиці.

Цілком очевидно, що вивчення тибето-буддійської медицини наразі можливо в двох напрямках: в межах компліментарної медицини (використання рекомендацій тибетського ґатунку в якості додаткових заходів, що покращують стан імунітету, допомагають очищенню організму, тощо), або в межах розвитку сучасних нейронаук. І якщо в першому випадку, фрагментарне застосування нетрадиційних методів – вже досить звична для Заходу практика, то в другому випадку ми маємо зустрітися з іншим незнайомим та цілісним етнокультурним досвідом вже в його власному світоглядному просторі, де на нас чекає зустріч з новими і правилами лікування, і баченням сенсу самого лікування. І в такому нейронауковому дослідженні нам дуже допоможе

розуміння того, що в тибетській медицині лікувальні засоби, до яких наразі належать виготовлення та призначення ліків і фізіотерапевтичні процедури, невідривно пов'язані з архаїчною тибетською астрономією, яка також належить до буддійських класичних наук (але вже до корпусу 5 малих наук) [5].

Буддійська наука астрономія традиційно поділяється на два основних напрямки: підрахунки зірок (тиб. – skar rtsis) та підрахунки елементів (тиб. – pag rtsis). Підрахунки зірок дають нам картину стану зовнішнього простору (середовища існування) людини – це і пори року, і частина доби, і фаза місяця, тощо. Тобто це підрахунки календарного ритму [7], за яким визначається стан та фаза кругообігу речей в природі, та його можливий вплив на стан пацієнта. Напрямок підрахунку елементів стосується індивідуального (внутрішнього) простору людини, його психосоматичного та фізіологічного станів, які залежать від циркуляції особистої життєдайної сили і діагностуються, здебільшого, за інтенсивністю кровообігу та ритмом серцебиття (діагностика захворювання за пульсом). І в залежності від дисонансу зовнішнього (умовно, зіркового) та внутрішнього (умовно, серцевого) ритмів, пацієнту призначаються певні ліки та процедури.

Яскравим прикладом можуть слугувати призначення різноманітних рінченів («коштовні пігулки», тиб. – rin chen), вживання яких супроводжується рекомендаціями, що, на перший погляд, можуть здатися дуже містичними: «звечора, на заході сонця (в певний місячний день), пігулку розчавити, покласти в непрозору цілу порцелянову філіжанку, залити невеликою кількістю гарячої води, накрити чистою тканиною та настоювати. А вранці, перед світанком, розмішавши безіменним пальцем правиці рідину, прочитати над нею 21 раз мантру Будди Медицини, випити ліки та запити склянкою гарячої води. Потім укутатися в теплу ковдру і полежати бодай годину. М'яса, алкоголь, часник, цибулю, а також будь-які ліки, протягом доби – не вживати, фізичних навантажень – уникати» (з усних настанов тибетського лікаря). Але усі ці інструкції стають досить зрозумілими, якщо добре зорієнтуватися в ритмах повсякденно життя людини і Всесвіту, Мікро- та Макрокосму [9, 51-2].

Також існує традиція виготовлення спеціальних сухих сумішей мєндруб («ліки, посилені практикою», тиб. – sman grub) для чєнцїв, які налаштовуються на глибоку духовну практику, особливо, якщо це стосується довготривалого усамітнення. В певні дати відбувається виготовлення ліків та їх ритуальне освячення (наприклад, колективні рецитації мантр чєнцями монастиря над сумішшю протягом кількох дїб поспіль). Потім, приймаючи ці суміші, чєнці готують своє тіло для малорухливого періоду життя та досить обмеженого раціону харчування під час духовної практики. І тут доречно пригадати про дослідження нейронауковцями медитативних практик, особливо не стільки заспокійливих, зосереджуючих та проникливих (наприклад, шаматха та вїпаш'яна, тибетською zhi gnas та lhag mthong), а поглиблених, з візуалізацією та ототожненням (наприклад, двофазні тантричні медитації к'єрім та дзєгрім, тиб. – bskyed rim та rdzogs rim) [6, 50], які без урахування тибетської фармакології, як мінімум, порушують експеримент, а, як максимум, наражають піддослідного на небезпеку. Це перша засторога.

Аналізуючи таким чином можливі перспективи дослідження тибетської

фармакології, варто враховувати, що вся рецептура ґрунтується на ідеї балансу 5 першоелементів тибетської натурфілософії, які в сполученнях в різних пропорціях утворюють партикулярні простори життя людей, та вимагають, час від часу, гармонізації, як за рахунок певних духовних практик та ритуалів, так і за рахунок вживання певних ліків або процедур. Отже, торкаючись питання тибето-буддійського бачення кругообігу 5 першоелементів в природі, ми вимушені занурюватися в філософські онтологічні концепції тибето-буддійської метафізики. А, власне кажучи, метафізичну систему, на якій ґрунтуються архаїчні буддійські медицина та астрономія, називають Калачакрою, тобто Колесом Часу або тибетською Дюкікорло (тиб. – *dus kyi 'khor lo*) [3, 58-9].

Отже, Калачакра – насамперед, доктрина часу, завдяки якій ми отримуємо інструмент стеження за коловоротом нашого життя та тлумачення стану простору у часі. Калачакра дає картину циркадних ритмів (добових, місячних, річних, тощо) і можливість впоратися з розумінням зв'язків космофізичних, суспільних та індивідуальних сил. Метафізична система Калачакри має три аспекти: теоретичний (космологія), практичний (психотехнічні медитативні та ритуально-театральні засоби) та прикладний (буддійські науки – алхімічна медицина та астрологічна астрономія). При чому, зазначені прикладні буддійські науки помітно парадигмально відрізняються від західних аналогів: астрономія – геоцентрична, медицина – холістична. Ось і друга загорога на шляху інтеграції тибетської медицини на Захід – її парадигмальна відмінність.

Таким чином, для розуміння тибетської медицини та проведення нейробіологічних лабораторних досліджень, ні в якому разі не можна уникати міжкультурних філософських питань. На чому і наголошують провідні сучасні сходознавці. Тому що надалі на авансцену виходить вже третя загорога – чи будуть працювати, і як саме, рекомендації тибетської медицини, що є вкрай індивідуалізованою, холістичною та несекуляризованою (будується на буддійському вченні) галуззю практичних та теоретичних знань, для представників іншої світоглядної орієнтації? і наскільки застосування її підходів жорстко вимагає дотримання норм ритуального буддійського життя? І навіть якщо ми не будемо піднімати питання буддійського прозелітизму, а просто зосередимося на питаннях тибетської інкультурації, то як, в решті решт, відреагує на таку приховану релігійну рекламу духовна ідентичність західного споживача тибетської медицини?

Підсумовуючи, можна сказати, що західна наука, яка зазвичай зосереджується на прагматичних цілях (здебільшого, йдеться про психофізіологічний ефект медитацій), поки що не приділяє достатньої уваги ключовим питанням, які пов'язані з філософією нейробіології. А дослідження тибетських лікувальних практик вже не в якості додатку до компліментарної медицини, а як феномену в межах медитативних нейронаук, вимагає обов'язкового паралельного гуманітарного дослідження в сфері міжкультурної філософії, бо вже постають на обрії вагомі заборони, що вимагають враховувати парадигмальну відмінність тибетської медицини, її особливу фармакологію та її зв'язок з буддійським вченням.

Література:

1. Бадмаев П.А. Основы врачебной науки Тибета (Жуд-Ши) : репринтное изд. М.: Наука, 1991. 256 с.
2. Грекова Т.И. Тибетская медицина в России: история в судьбах и лицах. СПб.: Атон, 1998. 399 с., ил.
3. Калантарова О.Ю. Культура часу в тибетському буддизмі: вступ до історіографії вчення Калачакри. Наукові записки НаУКМА. Історія і теорія культури. Київ, 2018. Том №1. С. 53-61.
4. Санчжай-чжамцо, Д. Вайдурья Онбо (Гирлянда Голубого Берилла) / пер. с тиб. Дашиева Д.Б. М.: Наука, Восточная лит., 2014. 1286 с., ил.
5. Харькова Е.Ю. Десять классических наук в тибето-буддийской культуре. Вестник Русской христианской гуманитарной академии. Область наук. СПб, 2009. Том №10, Вып. 3. С. 97-108.
6. Andresen J. Meditation Meets Behavioral Medicine: The Story of Experimental Research on Meditation. Journal of Consciousness Studies. Boston, USA: Imprint Academic, 2000. Vol. 7, № 11-12. P. 17-74.
7. Henning E. Kvalacakra and the Tibetan Calendar. NY, USA: The American Institute of Buddhist Studies, 2007. 391 p.
8. Wallace A. Buddhism-Science: Confrontation and Collaboration. International Conference on Buddhism and Science: 2009. URL: http://www.educare.ch/educare_doks/docs_pilot/Wallace_onfrontation_collaboration.pdf (date of access: 10.05.2019).
9. Wallace V. The Inner Kvalacakratantra: A Buddhist Tantric View of the Individual. NY, USA: Oxford University Press, 2001. 273 p.

Кірієнко С. В., Нечушкіна О. В.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
onechushkina@gmail.com

ПРОБЛЕМА ЗДОРОВ'Я: ДОВІРА ПАЦІЄНТІВ ДУХОВЕНСТВУ ТА МЕДИЦИНІ

Існує ряд поширених уявлень щодо відношення релігії та медицини, серед яких в першу чергу слід виокремити уявлення про «поляризовані стосунки» цих двох галузей людської культури. За часів марксизму і на «постмарксистському просторі» було поширене і сприймалось як загальне уявлення, що релігія є в ряді аспектів протилежністю сучасної наукової медицини. Значною мірою ці уявлення спиралися на більш загальні: про протилежність науки та релігії. Характерною є цитата з передмови Ю.Б. Пищик до книги "К. Маркс и Ф. Энгельс об атеизме, религии и церкви: "Религия, закономерно и объективно возникающая, столь же закономерно и объективно должна уступить место подлинно научному, материалистическому мировоззрению. ... атеизм является органическим следствием хода научного познания человеком природы и общества. Атеизм

рождався и созревал в процессе освоения человеком окружающего мира, развития научной мысли, которая в ходе своего становления не могла не выступать против религии” [1, с. 10].

Поляризація наукових та релігійних уявлень поширюється на стосунки когнітивних традицій, культурних традицій, систем цінностей, переконань та індивідуальних світоглядів. Зокрема, має бути присутньою «поляризація» окремих індивідів за типами переконань: особи, схильні до релігійних переконань, повинні негативно (принаймні частково) ставитись до науки, зокрема медичної, з іншого боку особи, що переважно довіряють науці (це називалось у марксистській традиції викладання філософії «науковий світогляд») схильні критично, або, принаймні, критичніше ставитись до релігії, до сповідуваних нею позицій.

Якщо це уявлення вірне, то можна сподіватись, що респонденти, які висловили більшу довіру до представника духовенства у питаннях здоров'я, будуть критичніше в середньому ставитись до медичної науки (також, природно, науки взагалі). І навпаки, слід припустити, що респонденти, що довірливіше ставляться до представників священства у питаннях здоров'я — повинні виявляти меншу довіру до науки в середньому. Враховуючи вищезазначене, можна припустити, що людина, більш схильна до довіри представникам духовенства у питаннях здоров'я, буде виявляти меншу схильність до дисципліни при виконанні приписів лікаря.

Методи та матеріали: Об'єктом дослідження виступали пацієнта (від 18 до 81 року), що самовільно припинили прийом препарату, раніше терміну, який призначив лікар.

Відповідно до мети та завдань дослідження був застосований спрямований відбір респондентів. Вибірка не випадкова цільова (N=200). Відбір та опитування респондентів здійснювали волонтери: студенти медичних та фармацевтичного факультетів, респонденти мали можливість відмовитися від участі у дослідженні.

Метод збору інформації — стандартизоване інтерв'ю. Обробка інформації здійснювалася за допомогою пакету обробки статистичних даних IBM SPSS Statistics.

Анкета містила питання про довіру духовенству у питаннях здоров'я, також ставилося питання про довіру лікарю офіційної медицини, лікарю традиційної (ненаукової, неофіційної) медицини, окремо — питання про ставлення до науки, медичної зокрема.

Результати дослідження, не підтверджують вище наведені припущення:

1. Особи, що виявляють більшу довіру до представників духовенства у питаннях здоров'я не виявляють гіршого ставлення до науки, до медичної зокрема.

2. Особи, що виявляють більшу довіру до представників духовенства у питаннях здоров'я не виявляють меншу довіру до лікуючого лікаря (природно, ми враховуємо, що офіційна медицина легітимізована наукою).

3. Особи, що виявляють більшу довіру до представників духовенства у питаннях здоров'я не виявляють меншу довіру до лікаря-дослідника з науковим ступенем, як представника офіційної медичної науки.

4. Особи, що виявляють більшу довіру до представників духовенства у питаннях здоров'я не виявляють ані більшу ані меншу довіру до фармацевтів — співробітників аптеки, що, можна припустити, є представниками офіційної, легітимованої наукою медицини.

Наявний статистично значущий зв'язок між довірою до представників духовенства у питаннях здоров'я та довірою до представників нетрадиційної (народної включно) медицини ($p=0.000$), але характер цього зв'язку потребує подальшого вивчення.

Висновок: Довіра до представників релігії у питаннях здоров'я не означає недовіру до науки (ані в питанні про науку як таку ані у питаннях про довіру до представників науки: лікаря та дослідника); слід припустити, що для вирішення питання про справжні відносини між наукою та релігією у аспекті довіри окремої особи, слід звертатись до складніших концепцій, ніж проста протилежність наукового та релігійного світоглядів.

Література:

1. Маркс К. и Энгельс Ф. об атеизме, религии и церкви /Редкол.: А. Ф. Окулов (пред.) и др. — 2-е изд., доп.—М.: Мысль, 1986.—670 е.— (Науч.-атеист, б-ка).

**Мошковська Ю. О., Богдан Т. В., Луценко А. О.,
Богдан В. В., Ткачук Л. М.,**
НМУ імені О. О. Богомольця,
julia.moshkovska@gmail.com

ЗДОРОВ'Я – НАЙВАЖЛИВІША СКЛАДОВА ГАРМОНІЙНОГО ЖИТТЯ ЛЮДИНИ

Практичній медицині сьогодні притаманна переважно лікувальна спрямованість, тобто суб'єктом її діяльності є хвора людина. Тому професійна робота медичних працівників у стаціонарних і амбулаторних установах спрямована, насамперед, на лікування та профілактику конкретних захворювань, а також на догляд за недугою людиною. Численні наукові дослідження вказують, що з-поміж факторів, які формують здоров'я і попереджують недуги, медицині належить незначне місце. Її внесок не перевищує 10 відсотків. Людина сьогодні звикла сподіватися не на захисні сили свого організму, а на могутність медицини. Академік Амосов стверджував: «Щоб бути здоровим, потрібні власні зусилля, постійні і значні. Замінити їх не можна нічим» [2, с. 12]. Здоров'я – це перша і найважливіша потреба людини, яка визначає його здібність до праці і забезпечує гармонійний розвиток особистості. Воно є найважливішою передумовою до пізнання оточуючого світу, до самоутвердження та щастя людини. Тому поняття здоров'я не обмежується лише відсутністю хвороб та фізичних вад. Стан здоров'я населення України свідчить про існування реальної загрози вимирання нації. Справедливими є слова: «Гроші втратив – нічого не втратив, час втратив – багато втратив, здоров'я втратив – все втратив». Чи інше: «здоров'я – це ще не все, а все інше без нього – ніщо».

Активне довге життя – це важлива складова людського здоров'я, невід'ємною частиною якого є високі моральні та етичні цінності людини. Велику увагу треба приділяти формуванню свідомості особистості. Адже, якщо кожна особистість буде вести здоровий спосіб життя, то тоді все наше суспільство буде здоровим. Здоров'я – найцінніше, що ми маємо. Його не можна купити ні за які гроші, його треба загартовувати та зберігати. Формування здорового способу життя залежить тільки від нас самих, наших переконань і світоглядів, а мотивацію до здорового способу життя багатьом людям допомагає формувати релігія. В Україні представлені різні релігійні групи: 68% українців є православними християнами, 7,6% – греко-католиками, 1,9% – протестантами, 0,9% – мусульманами, 0,4% – католиками, інші 7,2% вважають себе просто християнами, а 13,2% не належать до жодної релігійної спільноти [1,с.26]. В результаті дослідження, викладеного в дисертації архієпископа Запорізького Луки (Коваленка), було встановлено, що серед релігійних людей значно менше тих, хто має шкідливі звички. Немає багатства над тілесне здоров'я і немає щастя над сердечну радість.

Всі ми живемо на одній прекрасній планеті, дихаємо одним повітрям, живимо їжу, яку виростили на землі, п'ємо воду, яку добуваємо із надр землі. Але не дивлячись на все це, одні люди можуть зберегти гарне здоров'я, а інші постійно страждають. У світі, що швидко старіє, здорове довголіття є одним з найважливіших чинників соціального та економічного добробуту суспільства. Здоровий спосіб життя є важливим фактором, що сприяє підтримці фізичного і психічного добробуту, збільшенню тривалості активного життя людини. Так, на нашій планеті є місця, де «люди забувають помирати»: це префектура Окінава в Японії, провінція Ольястра в італійській Сардинії, острів Ікарія в Греції, півострів Ніко в Коста-Ріці та місто Лома-Лінда в Каліфорнії. Ці регіони можуть похвалитися найбільшою кількістю жителів, які переступили вікову позначку в 100 років [3,с.15]. Люди, що проживають в «блакитних зонах», вкрай рідко страждають на цукровий діабет, ожиріння, серцево-судинні захворювання. Ось звички і спосіб життя цих надзвичайно здорових людей за даними досліджень Дена Бюргера та його команди дослідників. **Постійний рух.** Люди, що проживають у «блакитних зонах», дуже активні. Замість того, щоб сидіти в офісі або лежати на дивані, вони рухаються. На роботу, до школи або в гості до друзів вони або ходять пішки, або їздять на велосипеді. Вони вирощують хліб і займаються садівництвом. І вони не зупиняються, коли стають старшими. У літньому віці ці люди так само приділяють багато часу повсякденній активності. **Рослинна їжа – в пріоритеті.** Основою раціону представників «блакитних зон» є фрукти, овочі, цільнозернові продукти і бобові. Також жителі цих регіонів їдять багато горіхів. Жменя горіхів на день здатна продовжити життя в середньому на два-три роки. Іноді вони їдять м'ясо: як правило, свинину, в середньому п'ять разів на місяць. Також у раціоні є риба. **Не варто наїдатися досхочу.** Одним із секретів довголіття окінавців є стародавня мантра «Хара хачі бу». Вона нагадує людям про те, що припиняти прийом їжі необхідно з легким почуттям голоду, тоді, коли шлунок заповнений на 80%. Відчуття ситості приходить з часом, і якщо харчуватися грамотно, можна уникнути переїдання і тяжкості. **Два келихи вина на день.** Жителі Сардинії регулярно п'ють вино Каннонау, яке містить

високий рівень антиоксидантів і втричі більше поліфенолів, ніж інші вина. Головне – знати міру: жінкам корисно вживати не більше одного келиха на день, а чоловікам – не більше двох. **Антистресові ритуали.** Коренем практично усіх недугів є хронічне запалення організму, пов'язане із запаленням кишечника, яке викликане споживанням шкідливої їжі. В основному, люди їдять нездорову їжу, коли перебувають у стресі і вічно кудись поспішають. У довгожителів з «блакитних зон» є особливі антистресові ритуали, які дозволяють їм залишатися спокійними і не приймати необдуманих рішень. Жителі Окінави, наприклад, згадують своїх предків, жителі Ікарії воліють подрімати посеред дня, а сардинці влаштовують «щасливу годину». **Розуміння мети свого життя.** Ден Бюттнер стверджує, що чітке розуміння сенсу свого життя може додати до семи років життя. В Окінаві це називається «Ікігай», а на Нікої – «План де віду». Перекласти ці вирази можна як «Те, заради чого я прокидаюся вранці». **Дружне товариство і підтримка.** Довгожителі з «блакитних зон» народилися в оточенні, яке підтримує здоровий спосіб життя, вирости з почуттям товариства і спорідненості. На Окінаві, наприклад, люди об'єднуються в компанії друзів Моаї, які віддані одне одному протягом усього життя. Оскільки як шкідливі, так і здорові звички «заразні», дуже важливо жити в суспільстві, де в прагненні бути здоровим тебе підтримують. **Релігійність.** Практично всі досліджені довгожителі «блакитних зон» належали до якої-небудь релігійної громади. Дослідження показали, що відвідування релігійних служб чотири рази на місяць можуть додати до 14 років життя. **Зв'язок з родиною.** На перше місце довгожителі завжди ставлять свою сім'ю. Довірчі стосунки і глибокий зв'язок з дітьми, другою половинкою, батьками, бабусями і дідусями здатні збільшити тривалість життя до шести років [4].

Підсумовуючи вище означені дані хочеться стверджувати, що наше здоров'я завжди має бути пріоритетом № 1. Потрібно знаходити час для себе. Лишень одна година раз на тиждень може покращити наш добробут – і наші стосунки, і кар'єра при цьому лише виграють. Людина біологічно запрограмована на багато більше років життя, ніж відводить собі. Ілля Мечников стверджував: «Людина, яка померла раніше 150 років вчинила над собою насильство».

Література:

1. Палінчак М.М., Галда П.П., Лешанич М.М. П-14 Релігійний фактор у міжнародних відносинах: Навчальний посібник. – Ужгород: Поліграфцентр «Ліра», 2014. – 296 с.
2. Амосов М.М. Моя система здоров'я. - К.: Здоров'я, 1997.- 56с.
3. Ден Бюттнер Голубые зоны на практике. Как стать долгожителем. - 2016, -352с.
4. Секреты здоровья и долголетия. Девять привычек старейших людей планеты / [Электронный ресурс] – Режим доступа (от 11.05.2019): <https://style.nv.ua/lifestyle/sekrety-zdorovja-i-dolgoletija-devjat-privyчек-starejshih-ljudej-planety-724481.html> (название с экрана)

ПРОБЛЕМА ЗДОРОВ'Я ТА ХВОРОБИ В ІСТОРИКО-ФІЛОСОФСЬКОМУ АСПЕКТІ

Проблема здоров'я людини цікавила філософів з давніх часів. Вивчення минулого показує, який вплив на розвиток уявлень про здоров'я та здоровий спосіб життя надавали різні філософські напрямки. В історії розвитку концепції здоров'я можна виділити стародавній період, період середньовіччя, новий час, новітній час, а також сучасність.

У культурі давньої Індії велике значення надавалося способу життя в оздоровленні людини. Філософи, лікарі виходили з уявлень про три головні сили в людині - повітряну, слизу і жовчі. Здоров'я залежало від гармонії цих трьох начал. Досягти цієї гармонії можна різними духовними і тілесними практиками. Історично склалися і не втратили в наші дні своєї значущості система йоги, релігійні ритуали спілкування з природними стихіями.

У філософії Китаю в уявленнях про здоров'я велике значення надавалося знанням про єдність протилежних начал у світі та людині - інь (жіноча) і янь (чоловіче), розроблялися фізіотерапевтичні системи впливу на ці начала з метою оздоровлення організму - голкорекфлексотерапія, масаж, дієти, гімнастики, прийоми «східних єдиноборств».

У стародавньому Єгипті дбали про продовження молодості, про збереження тіла після смерті (бальзамування, муміфікація), про облаштування померлих в потойбічному світі (гробниці, усипальниці, оздоблені земними засобами підтримки тіла і духу, яким надавався сакральний сенс.

Від давніх мудреців прийшов до нас афоризм: «Я їм для того, щоб жити, а інші живуть для того, щоб їсти». В сучасному суспільстві «в бігу від інфарктів та інсультів» реставрується давнє знання про здоров'я, зростає інтерес до оздоровчих систем Сходу, які були дещо забуті через бурхливий розвиток медицини.

Розмірковуючи про здоров'я, про норми і патології, філософи античності помітили, що здоров'я залежить від способу життя і поведінки людини. «Здоровий дух у здоровому тілі» - афоризм, відомий в античній філософії і культурі. У скульптурах, літературі, філософії зафіксовані уявлення про гармонію тіла і духу. Сила, гнучкість, краса тіла наповнюють дух мужністю, гнучкістю розуму, мудрістю. А здоровий дух зміцнює тіло, допомагає людині удосконалюватися тілесно і духовно - у військовій справі, мистецтві, спортивних змаганнях, в повсякденному житті. Гармонія тіла і духу асоціювалася зі здоров'ям, щастям. Не випадково один з видатних умів, філософ Фалес відповідав на питання: «Хто щасливіший»? - Так: «Хто тілом здоровий, натурою багатий, душею вихований».

В античній культурі відбувається становлення реалістичних уявлень про здоров'я. Здоров'я як гармонія тіла і духу досягається турботою людини про себе самого - обов'язково єднання з природою, фізичні вправи, міра в

харчуванні, розвиток духовної культури вправами розуму, через освіту, спілкування з мистецтвом, філософські роздуми. Причини захворювань шукали в природній стихії, в природних же силах знаходили засоби зцілення. Спортивні змагання на свіжому повітрі, перші театри будувалися на відкритому повітрі, на гірських схилах висікалися з каменю сидіння для глядачів («амфітеатр»), інтелектуальні заняття нерідко проходили на березі моря серед витончених арок і колон, оповитих виноградом, в спокійному русі по кромці берега вчителя, який вів бесіду з учнями. Складаються перші онтологічні уявлення і припущення про якихось зовнішніх, матеріальних, живих істот, які впроваджуються в людський організм і викликають хвороби. Через багато століть були виявлені віруси і бактерії, збудники захворювань, і ці відкриття стали початком розвитку бактеріології, вірусології.

Давньогрецькі мудреці здогадувалися і про духовні причини хвороб, критично осмислюючи міфи і магічні практики лікування (вигнання з організму «злих духів»).

Розглядаючи хворобу і здоров'я, давньогрецькі лікарі вважали, що такі стани залежать від того, як «в людині змішані кров, слиз і жовч (жовта і чорна)». Про здоров'я можна говорити в тому випадку, якщо «ці частини дотримуються відповідності у взаємному змішуванні щодо сили і кількості, і коли вони краще перемішані». Це висловлювання належить Гіппократу (460 – 77 рр. до н. е.)- засновнику наукової медицини, автору вчення про цілісність організму людини, теорії індивідуального підходу до хворого, традиції ведення історії хвороби, праць з лікарської етики, в яких особливу увагу звертав на високий моральний вигляд лікаря, автор знаменитої професійної клятви, яку дають всі, які отримують лікарський диплом. До наших днів дійшло його безсмертне правило для лікарів: не нашкодь пацієнту. Не слід забувати мудрі слова цього знаменитого лікаря: «Лікарські засоби тільки тоді стають необхідні, коли недостатньо природних сил організму» [1, с. 7]. У своєму досвіді Гіппократ використовував природні сили для лікування людського організму, підкреслюючи, що природні сили лікують організм в цілому - і тіло, і душу.

З медициною Гіппократа завершився перехід від релігійно-містичних уявлень про всі процеси, пов'язані зі здоров'ям і хворобами людини, до розпочатого іонійськими натурфілософами їхнього раціонального пояснення. Медицина жерців змінилася медициною лікарів, як була заснована на точних спостереженнях. Лікарі школи Гіппократа також були філософами.

У працях філософів - сучасників Гіппократа - також зустрічається багато міркувань про здоров'я. Так, Платон розглядав здоров'я як «благо», що сприяє духовному задоволенню людини. Крім того, він розглядав його як явище тотожне гармонії. На думку Аристотеля (384 - 322 рр. до н. е.), здоров'я - це гармонія, чудові душевні і тілесні властивості. Філософ виділив здоров'я як основну мету медицини і підкреслював, що «медицина має безмежну мету - абсолютне здоров'я людини», а саме лікарське мистецтво повинне бути спрямоване на «сприяння здоров'ю», а також і на те, «який спосіб життя вести». Згідно з Аристотелем, здоров'я – це безболісність, відсутність страждань. А до цього можна дійти лише в результаті добродійного життя, бо саме таке життя стає щасливим. Чесноти дозволяють контролювати пристрасті, неприборкана сила

яких здатна заподіяти людині зло. Шлях до здоров'я забезпечує етика чеснот. Аристотель висловлював думку про те, що досконала тілесність є здоров'ям, а спосіб одержання користі від тіла не повинен обтяжуватися хворобами.

Послідовник Гіппократа римський лікар Клавдій Гален (129 - 201 рр. до н. е., за іншими даними 130 - 200, 131 - 201), поділяючи натурфілософські поняття феномену здоров'я та медико-гігієнічні погляди Гіппократа на здоровий спосіб життя, рекомендував застосування гімнастики, масажу, дієти для підтримки свого здоров'я та профілактики хвороб.

Видатний грецький історик та філософ Плутарх (46 - 120 рр. н. е.), описуючи систему спартанського виховання, наголошував на важливості фізичної підготовки молодих спартанців і дотримання здорового способу життя. Фізичне тренування вихованців включало: біг, стрибки, метання диску, певні військово-фізичні навички тощо. Серед дітей, підлітків і юнаків пропагувались фізична сила, краса людського тіла, здоров'я, мужність і невибагливість до життя.

Популярним сьогодні стає досвід лікування відомого лікаря і філософа Абу Алі Ібн Сіні (Авіценни), який став своєрідною сполучною ланкою між античністю і середньовіччям. Його медична енциклопедія «Канон лікарської науки» користується успіхом, починаючи з 12 століття і до наших днів. На його думку, медицина пізнає «стан людини, оскільки вона здорова або втратила здоров'я», а для збереження і повернення здоров'я він розділив медицину на практичну і теоретичну, де «одна з них - наука про основи медицини, а інша - про те, як її застосовувати». Багато століть в християнській релігії, антропології обговорювалася проблема тіла і духу, тілесності, духовності, душі людини. Височили дух і душа, а тіло вважалося гріховним, яке потребує постійного контролю і приборкання.

На межі 15-16-х століть з'явилися праці Парацельса, який вважав, що знання лікаря повинні ґрунтуватися на пізнанні природи в цілому і природи людини. Він розглядав людину як мікрокосм або частинку макрокосму. Таким чином, в середні віки мислителі зробили спробу на основі аналізу основних поглядів на здоров'я людини періоду античності дати більш повне і глибоке його тлумачення. З'явилися градації ступенів здоров'я. Було також вказано на необхідність займатися безпосередньо лікуванням хворих. Провідною концепцією було визначення здоров'я людини як здатності бездоганного функціонування органів.

Уявлення про здоров'я поширювалися і в світській філософії Нового часу. Так, англійський філософ Ф. Бекон (1561-1626) відносив здоров'я до одного з головних людських благ, якими володіє людське тіло. Значну цінність набуває заклик англійського філософа до пізнання людиною власного організму для збереження здоров'я, бо «власні спостереження людини за тим, що йому добре, а що шкідливо, є найкращою медициною для збереження здоров'я». Він сформулював три основні цілі медицини: збереження здоров'я, лікування хвороб, продовження життя.

На думку французького філософа, математика, механіка, фізика і фізіолога Р. Декарта (1596-1650), дух є єдиною, стійкою основою буття людини. «Cogito ergo sum (поки мислю - я існую)». Людина - істота раціональна. Душа -

особлива, неподільна субстанція. Духовна субстанція не базується на досвіді. Духовний світ людини є щось вроджене. Вищою духовною субстанцією є Бог. Однак досліджуючи природу душі, Декарт звертається до проблеми тілесності, складності функціонування мозку, його нейрофізіологічних механізмів. Він підійшов до дослідження витоків рефлексорної природи психіки, що мало величезне значення для подальшого дослідження складності природи людського організму, взаємозв'язків психіки і мозку, проблеми здоров'я. Р. Декарт закликав до вивчення особливостей власного організму з метою збереження здоров'я і продовження життя за допомогою медичного знання.

Французький філософ Монтень (1533 – 1592) вважав здоров'я однією з найважливіших індивідуальних цінностей, стверджуючи, що здоров'я – це коштовність, і до того ж єдина, заради якої варто не пошкодувати часу і сил.

Не залишив поза своєю увагою проблему здоров'я і Б.Спіноза (1632-1677), який вказував, що «здоров'я – важливий засіб», але існує і важлива необхідність в побудові теоретичної медицини в цілому.

Видатні французькі матеріалісти 18 століття хоча і говорили про зв'язок людини і природи, але все ж перевагу віддавали раціональності, розумності людини. З їх точки зору - здоров'я - це перш за все гармонія духовного, розумного життя. На уявлення про здоров'я епохи модерну вплинуло механістичний світогляд: здоров'я і людська природа визначалися як безперебійно діюча машина, в якій узгоджено функціонують усі органи тіла. Французький лікар і філософ Ж. О. Ламетрі назвав свою книгу «Людина – машина», в якій він описує механічну, жорстку залежність душевного стану людей від їх тілесного стану. Засмічення органів людського тіла веде до розладу душевного і духовного здоров'я. «...Уява засмічується разом з нашими внутрішніми органами, від чого і відбуваються всі ці своєрідні явища істеричних і іпохондричних захворювань». Якщо це функціонування порушується, як писав Ж.О. Ламетрі, то в медицині складається традиція повернення здоров'я за допомогою ліків. Цій традиції і нині слідує сучасна європейська і вітчизняна медицина.

Згідно з видатним німецьким філософом Кантом (1724 – 1804) гармонія тіла і духу може бути досягнута в розміреному, організованому способі життя, підпорядкованому керівництву сильного духу. Дух - це сила, що надає сенс життю та керує здоров'ям з урахуванням індивідуальності людини. І цей принцип пріоритету духу, розуму над слабким тілом, яке дух може виправити, Кант продемонстрував власним життям. Біографи Канта відзначають його самодисципліну, суворий розпорядок дня, що чергувався з відпочинком і напруженою інтелектуальною працею, дієтою, пішими прогулянками в будь-яку погоду, спілкуванням з дотепними друзями. Єдина любов і пристрасть для Канта - філософія ...Здоровий спосіб життя, самовдосконалення, дотримання морального закону - нероздільні поняття, що охоплюють життя людини, за Кантом. «Розвивай свої душевні і тілесні сили так, щоб вони були придатні для будь-яких цілей, які можуть з'явитися, не знаючи при цьому, які з них стануть твоїми» [2, с.434]. Цей принцип Канта самовдосконалення, гармонізації відносин тіла і духу актуальний і сьогодні, коли людство переживає моральну кризу, втрату духовності.

В історії філософії і медицини існувало безліч спроб показати відмінність між здоров'ям і хворобою, але першу спробу їх діалектичного аналізу ми зустрічаємо у Гегеля (1770 - 1831). «Здоров'я, - вказує Гегель, - є пропорційністю між самістю організму і його початковим буттям; є такий стан, коли всі органи є текучими в загальному: воно складається в рівномірному відношенні органічного до теоретичного, коли для організму немає нічого неорганічного, чого б він не зміг подолати» [3, с.292]. Таким чином, перехід з одного якісного стану в інший (зі здоров'я в хворобу) Гегель висловив через категорію міри, відбивши їх діалектичний характер.

Таким чином, в період 18-19 століть проблема здоров'я займала важливе місце у працях видатних філософів. Концепція здоров'я зазнала подальший розвиток значною мірою завдяки спробам використовувати для його феномена закони діалектики, відкриті німецьким філософом Гегелем. Провідною концепцією цього періоду було визнання здоров'я як стану, якісно відмінного від хвороби і тому більш загального, початкового стану, до збереження якого повинна прагнути медицина.

Своєрідним внеском на проблему здоров'я стали погляди відомого німецького мислителя Фрідріха Вільгельма Ніцше(1844-1900). Ніцше розвиває погляд на здоров'я і хворобу, який був відмінним від класичної філософської традиції, де здоров'я - це гармонія протилежностей, спокій і благополуччя. На думку Ніцше, здоров'я є динамічним процесом. Боротьба за здоров'я передбачає противника в особі хвороби. Хвороба - необхідна умова, елемент відштовхування, подолання і становлення здоров'я. Тіло людини - це місце, де розгортається боротьба за здоров'я, воно трактується Ніцше як основа індивідуальності людини, тим самим долається відомий об'єктний підхід до людини, що має місце в медицині сьогодні. Про важливість теми здоров'я в житті і філософії Ніцше свідчить наступне його визнання: «... я зробив з моєї волі до здоров'я, мою філософію» [4, с.17]. Розуміння здоров'я у Ніцше інше. Йому всім своїм життям випало реально боротися з то підступаючої, то відступаючою хворобою, здоров'я неможливо було уявити без боротьби за здоров'я. У його інтерпретації здоров'я завжди активно протистоїть руйнівній силі хвороби. Можна сказати, що якщо підхід давніх філософів робив акцент на результаті, «здоров'я як цілі», то Ніцше підкреслює в проблемі здоров'я сам процес його досягнення. Здоров'я організму мислиться не як відсутність хвороби – випадок недосяжний в реальності, але як міра, до якої хвороба може бути допущена і в кінцевому рахунку подолана. Здоров'я – це перевірка на міцність, самовизначення як умова становлення і розвитку.

Сучасна філософія спирається на природничо-наукові знання і здоров'я - біологію, медицину, екологію та ін., виходячи з розуміння природної сутності людини. Тому при вивченні проблеми здоров'я філософія здоров'я орієнтується на знання його природних основ - механічних, фізичних, хімічних, біологічних та ін.

На підставі викладеного достатньо очевидним є рух від наївно - матеріалістичного до справді наукового розуміння здоров'я. Завдяки філософам різних напрямків і праць лікарів була підготовлена база для подальшого вдосконалення сучасної медицини.

Література:

1. Энциклопедия массажа. М., 1997.
2. Кант И. Собрание сочинений. М., 1964, т.6.
3. Гегель Г.В.Ф. Энциклопедия философских наук, Т. 2. Философия природы.- М.,1975.
4. Nietzsche F. Ecce homo / Friedrich Nietzsche. – München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH &Co KG, 2005. – 378 s

Ніколаєва О. Ю.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
sokhatska@gmail.com

ХВОРОБИ ТА БОРОТЬБА З НИМИ В ТВОРАХ ТА ПОСТАТЯХ УКРАЇНСЬКОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Тема проблем, пов'язаних зі здоров'ям, активно відображена в багатьох художніх творах світової літератури. Наразі існують навіть спеціальні довідники (здебільшого - в англійських джерелах), з назвами тих чи інших недуг і зазначенням найменувань дотичних новел, романів, оповідань тощо, або - імен відповідних персонажів з них [1], [2].

Опираючись на вищезгадані джерела можна стверджувати, що в світовій художній літературі найчастіше згадуються такі види патологій як: онкологічні захворювання, ВІЧ, аутизм, епідемії вірусних хвороб, порушення сну та режиму харчування. Окрему увагу у своїх творах письменники також приділили темі алкогольної та наркотичної залежності [3].

Як доводить дослідження фахівців спеціалізованої соціальної мережі «The Mighty», користувачами якої є близько 2 мільйонів пацієнтів та лікарів зі всього світу [4], художня література, що охоплює проблематику хворих, несе великий позитивний ефект: йдеться передусім про психотерапевтичну складову, можливість для читачів переконатися в тому, що не лише вони особисто мають справу з вказаною хворобою.

Відтак логічним буде припустити: приклади саме з вітчизняної літератури, максимально наближеної за змістом до реалій наших пацієнтів, здатні дати більший імпульс для переусвідомлення власної взаємодії з недугою. Варто відзначити, що наразі українська література не має довідника (побудованого за принципом «назва хвороби – твори», або «назва хвороби – персонажі»). Тож метою цієї роботи є первинний аналіз наявності відповідного матеріалу для подальшої структуризації у довіднику.

Розберемо деякі з популярних творів, що охоплюють цікаву для нас тематику.

Олександр Довженко «Воля до життя»

Герой цього надзвичайно емоційного оповідання, розвідник часів Другої Світової війни Іван Карналюк залишився живим після важкого поранення, сильного знекровлення, гангрені, що прогресувала аж до надпліччя та шиї,

і головне - всупереч зневірі хірурга. Лікар після ампутації руки і безуспішної спроби перелити кров (в пацієнта занадто спорожніли судини) відмовився робити перев'язку. Але Іван боровся: спочатку, він всю ніч пораненим провів на полі бою і врятувався завдяки тому, що затиснув розірвану артерію, притулившись раною до стовбура дерева. Потім ще одну ніч він провів вже в польовій лікарні з непереборною мрією знову побачити рідних, а на ранок на власних ногах прийшов до лікаря з вимогою таки зробити перев'язку.

Сюжет цього оповідання приклад того як, пацієнт власною силою духу може надихати лікаря та інших хворих до боротьби.

«...Воля до життя передалась лікареві і сповнила його вщерть. Він забув свою втому, свої безсонні ночі і працював, як після живодайного сну і освіжної ванни... Так сила опору смерті помножила силу лікаря, і цю силу лікар вертав хворому. Вливши йому ще раз протигангренозної сироватки і півлітра крові... Коли Карналюка виносили з операційної на койку, йому аплодувала вся палата. Поранені з гордістю дивились на свого товариша і радісно дякували йому. Їм також передавалась його воля до життя» [8].

Леся Українка «У чорну хмару зібралася туга моя...»

Варто зазначити, що в українській літературі є не лише персонажі, здатні надихати на боротьбу з хворобою, але й реальні постаті. Найбільш яскрава з них – Леся Українка, яка всупереч туберкульозу кісток та суглобів, що письменниця мала з дитинства, написала понад 250 віршів і понад 20 прозових творів, переклала українською мовою твори Гейне, Байрона, Гомера, Данте, Шекспіра, поезію Стародавнього Єгипту, гімни «Рігведи» та інше. Тема волі до боротьби проходить червоною стрічкою крізь весь творчий доробок письменниці.

*«У чорну хмару зібралася туга моя,
Огнем-блискавицею жаль мій по ній розточився,
Ударив перуном у серце,
І рясним дощем полились мої сльози.
Промчалась та буря-негода палка надо мною,
Але не зломил мене, до землі не прибила,
Я гордо чоло підвела,
І очі, омиті сльозами, тепер поглядають ясніше,
І в серці моїм переможній співи лунають.
Весняная сила в душі моїй грає,
Її не зломил зимові морози міцні,
Її до землі не прибили тумани важкі,
Її не розбила і ся перелітняя буря весняна.
Я вийду сама проти бурі
І стану, – поміряєм силу!» [7].*

Олександр Ірванець «Львівська брама»

В той же час художня література виконує важливу місію, коли демонструє негативні приклади ставлення людей до власного здоров'я, та окреслює відповідні наслідки. Один з фрагментів оповідання «Львівська

брама» показує наскільки серйозним випробуванням для людини, що веде нездоровий спосіб життя, може стати не рана і не гангрена, а наприклад - раптова зупинка ескалатора в київському метро. «У роті швидко пересихає: усе ж таки два з половиною десятки років паління тютюну здоров'я не додають, а від за давненого гаймориту ніс твій закладений і запечатаний уже до Страшного суду. Доводиться кілька разів перепочивати, присідати на східцях і дивитися вниз, завважувати, як даленіє світло ліхтарика в заокругленій скляній будочці ... Намагаєшся подивитися на годинник, але випита горілка й далекозорість, яка після сороківки набирає обертів рекордними темпами, перетворюють циферблат на біду безформну плямку» [6].

Ліна Костенко «Записки українського самашедшого»

Цитата з цього роману дуже влучно демонструє характер патологій, поширених серед представників нашого суспільства (серцево-судинні захворювання), та вказує на проблеми вітчизняної медицини, зокрема вчасного виявлення патологій та їхньої профілактики: «помер один мій знайомий, разом вчилися в університеті... Чого помер, невідомо, ніколи не хворів. У нас тепер часто помирають раптово» [5]. Багато персонажів цього твору мали серйозні проблеми зі здоров'ям. Зокрема тато головного героя (35-річного програміста) переніс інфаркт. А його ж мама померла від хвороби, що мала ознаки онкології, після вимушених поїздок до Чорнобильської зони, пов'язаних з роботою.

Твори, що прямо чи опосередковано присвячені темі здоров'я та хвороб, зокрема, є також в Михайла Коцюбинського, Юрія Андруховича, Люко Дашвар, Любка Дереша, та в багатьох інших українських письменників. Тож розробка вищезазначеного довідника має перспективу до реалізації.

Література:

1. Diseases and Disorders in Contemporary Fiction: The Syndrome Syndrome (Routledge Studies in Contemporary Literature) Hardcover: 224 pages.
2. Novels about diseases and disorders / [online] – available at: https://en.wikipedia.org/wiki/Category:Novels_about_diseases_and_disorders
3. Fictional alcohol abusers / https://en.wikipedia.org/wiki/Category:Fictional_alcohol_abusers
4. 30 Fictional Characters People With Chronic Illness Relate To, Paige Wyant, August 1, 2017 / [online] – available at: <https://themighty.com/2017/07/chronic-illness-fictional-characters-relatable/>
5. Костенко Л. Записки українського самашедшого: роман / Л. Костенко. – К. : А-БА-БА-ГА-ЛА-МА-ГА, 2013. – 414 с.
6. Ірванець О. Львівська брама: Фоліо, 2010.
7. Леся Українка «У чорну хмару зібралася туга моя...» / [Електронний ресурс] – режим доступу: <https://www.l-ukrainka.name/uk/Verses/DumyIMrii/Melodii/UChornujuChmaru.html>
8. Довженко О. Воля до життя. Незабутнє. Ніч перед боєм. – Харків: Фоліо, 2015.

**Секція IV.
РЕЛІГІЯ ТА КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА**

Біляков А. М.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
venik316@gmail.com

**СУДОВО-МЕДИЧНІ АСПЕКТИ СВЯТИХ МОЩІВ, ЯК ДЖЕРЕЛА
АВТОСУГЕСТИВНОЇ ТЕРАПІЇ**

Історичний екскурс в далеке минуле свідчить, що починаючи з сьомого Вселенського собору, який відбувся в 787 році (Другий Нікійський) мощі людей, які зараховані після смерті до лику святих, є носіями благодаті [1, с. 838]. Є ще й інший релігійний погляд на залишки людського тіла, які добре збереглися після смерті. Це тіла, які належали відлученим від церкви (анафематствуваним) людям і збереглися внаслідок великого гніву Божого. Магістр богослов'я Д.П. Соснін в 1832 році писав, що «нетление Св. Мощей в Христианской Церкви есть истинно дело Божие, что Бог производит оное своей всемогущей силою сообразно с премудрыми и благодетельнейшими планами Своего промысла о роде человеческом вообще, и особенно о роде Христианском» [2, с. 67]. В той же час християнська церква вважає, що нетлінність мощів може розглядатися як один із доказів святості людини, однак не є обов'язковою умовою для канонізації [3, с. 74].

Цікавим є той факт, що слов'янська церква на відміну від грецької протягом багатьох століть по різному визнавала поняття святості мощів, а саме, для слов'ян святість визначалася нетлінністю тіла померлого, а для греків - збереженням лише кісток, які не мали містити плоть та бути з приємним кольором та запахом [4, с. 38].

Після рішення собору 1667 року святими мощами можуть бути лише ті, які отримані від людини, яка канонізована архієрейським собором [5, с. 285]. Сама ж канонізація проводиться на підставі чудотворності молитви до претендента, а не нетлінності його тіла [3, с. 97]. І якщо збереглися нетлінні мощі канонізованого святого, то вони розглядаються як особливе диво, що посилює в них віру та привертають інтерес вірян.

З судово-медичної точки зору нетлінні мощі – це залишки тканин тіла, які збереглися внаслідок консервувальних змін. Самим простим природним способом є муміфікація, яка полягає в висиханні тканин та рідин тіла. Умовою для цього на відкритих поверхнях є висока температура та добре провітрювання. Для закритих приміщень в тому числі і для домовини, необхідне зупинення процесів гниття. Тривалий час в монастирях, типовим прикладом яких є Києво-Печерська Лавра, померлих монахів ховали в заглибленнях в печерах. В даних місцях зберігалася стабільна невисока температура та було добре вентилування. Крім того монахи, які дотримувалися суворох канонічних постів, зазвичай, мали невелику вагу тіла з низьким вмістом жирової тканини. Передсмертне зневоднення, коли людина відмовлялася від вживання води,

також сприяло природній муміфікації. За даних умов не поширювався розвиток мікроорганізмів шлунково-кишкового тракту і тіло поступово висихало.

Проведене в 1988–1991 рр. науковими співробітниками Національного медичного університету (І.О. Концевич, Б.В. Михайличенко та ін.) дослідження мумій, що зберігаються в Києво-Печерському заповіднику, незважаючи на багатомісячну давність їх поховання, дозволило встановити статеву, вікову приналежність, зріст, виявити патологічні зміни і пошкодження кісткової системи та інші патологічні процеси. В муміфікованих шкірних покривах частково зберігається їх гістологічна структура, а також хімічні елементи, біогенні аміни (гістамін, серотонін), простагландини, гепарин та амінокислоти [6, с. 65].

На подальше збереження цілісності м'яких тканин впливають перш за все умови, в яких буде перебувати тіло після його муміфікації. Використання спеціальних саркофагів (ракі), особливо якщо вони герметичні, або ж стабільного мікроклімату печер без впливу прямого сонячного світла, здатне досить добре зберегти тканини навіть без використання засобів штучного консервування.

В наш час добре відомі досягнення автосугестивної (самонавіювання) терапії [7, с. 296]. Її застосовують не лише для підвищення самооцінки, покращення вивчення іноземних мов, стимуляції персоналу, а й для лікування. Відомо багато фактів самовилікування чи тривалої ремісії прогресуючої патології, в тому числі і онкологічної. І ключовими ланками цього процесу є релігія. Релігія, як каталізатор, який зумовлює та спрямовує віру людини в тому числі і до самозцілення. А коли самонавіювання людини проводиться мимовільно та неконтрольовано, то його результати вражають.

Діяльність церкви приєє підтримці та посиленні віри людей в чудодійність релігійних атрибутів. Наприклад, надання доступу вірянам до чудодійних ікон чи можливості доторкнутися до ракі з мощами святого лише на релігійні свята створює ажіотаж серед паломників. По різному можливо трактувати дані заходи, однак вони, створюючи штучну недоступність та посилюючи враження від довготривалого очікування, лише зміцнюють аутосугестивний ефект. Навіть перевезення копій святих церковних атрибутів в інші регіони для показу та надання доступу до них має аналогічний вплив.

Тож святі мощі, які з судово-медичної точки зору є залишками тканин тіла, які збереглися завдяки процесам природної муміфікації чи скелетування, як об'єкт віри на зцілення, є незамінним атрибутом сучасного світ, який можливо вважати дієвим інструментом автосугестивної терапії.

Література:

1. Мощи. Енциклопедія релігій / Под ред. А. П. Забияко, А. Н. Красникова, Е. С. Элбакян. – М.: Академический проект, Гаудеамус, 2008. – 1520 с.
2. Соснин Д. П. О нетлении святых мощей в церкви христианской. Соч. магистра богословия Дмитрия Соснина. – Санкт-Петербург: тип. Иверсена, 1832. – 68 с.
3. Голубинский Е. Е. История канонизации святых в Русской Церкви.

- Богословский вестник. –1894. – Т. 4. – № 10. – 124 с.
4. Успенский Б. А., Лаврентьев А. В., Успенский Ф. Б. и др. Факты и знаки: Исследования по семиотике истории. Вып. 3. СПб.: Издательство Нестор-История. – 2014. – 256 с.
 5. Голубинский Е. Е. История канонизации святых в Русской Церкви. VI. Общее обозрение канонизации святых в Русской церкви. – М. 1903. – 594 с.
 6. Михайличенко Б.В. , Шевчук В.А., Бондар С.С. та ін. Судова медицина. Кн. 1. 2-е вид. К.: ВСВ «Медицина», 2012. – 448 с.
 7. Гончаренко С. Український педагогічний словник. – Київ: Либідь, 1997. – 374 с.

Vadikova K. M.,
Trnava University in Trnava,
vadikova@yahoo.com

PERSONAL RESPONSIBILITY TO HOPE FOR THE BEST AS AN ETHICAL DILEMA WITHIN GIVING A PALLIATIVE CARE

Palliative care is a special type of care giving directed to those, who are suffering under an enormous stress of pain. [1, 2] The pain can devastate personal humanity, and as such a kind of stress, it can lead to forlorn decisions on own life or on lives of other people. And, that is why, the personal responsibility to hope for the best should never be discussed separately on the part of the patient, or on the part of the palliative care giver while it is researched under the circumstances of palliative care giving. A palliative care giver is professionally trained to be strong enough to help the patient to deal with such a life-period as the one, who is responsible to hope for the best in name of both of them [3, p.123]. Dialogical sharing of the dealing with periods of the pain may help to reduce its intensity and may become a relevant space for learning, how to cope with its attacks and to learn about preventive techniques to solve it in an easier, more human way.

In such a specific circumstance, all types of questions connected within the responsible way of giving and receiving palliative care should be answered only by facing to whole personal life-story of both of them (giver and receiver) and to be shared together, what means, to be answered by them as dialogical persons [4, p. 58] in a personal encounter (Dialogically Personalistic Ethics [5, p.78-82]), and not just partially solved as an uncompleted isolated project of oneself in a specific situation (Situational Ethics [6]).

Because of the fact, that the heroic act of sacrifice for each other requires a special type of supervision [7], it is needed another kind of love as natural, egoistic, or human, there. It is needed a sublimed human love - the love, which overcomes natural human determination and is able to carry all pain of the world – the Love of Heart [8]. This kind of love is possible to share between people via dialogue only in their personal encounter. Then, they are supervisors of the

process in this special relation for themselves alone and together [9]. They stand surety for each other by own life-story and are facing to its consequences together. In such a relation, they response their life-questions by sharing its partial results via personal dealing within consequences in own decision making processes [10, p.140-150].

However, that all, it is not possible without deep understanding to Love of God and without His support, blessings and mercy. In this act of personal responsibility to hope for the best in the circumstance of palliative care giving where is included the eternal requirement upon Cain towards his brother Abel [11], it is included an eternal prayer to God to be sublimed into His glory. In such a way the human hope may develop to hope in God's support, to hope in God, into faith in God; or in ecumenical words – into the Hope in Good. And that is the final supervisor of all what people are doing while living their personal life-stories and an answer, how the relation between religion and medicine may be ecumenically understood in the circumstances of a palliative care giving.

Via understanding the example of cooperation between people, and people with God, on overcoming enormous stress of pain, it is able to understand the relation between religion and medicine. The palliative care giving is really not an easy way of care giving and it requires the deepest arethological, as well as axiological best of the personality of the care giver, however also God's support. Such a way of care giving needs conscious responsible direction of own personality to Good, and it means not only the physical, psychical, however spiritual way of being keeping believing in the best. The true about Good is advised by own personal consciences of patient and of care giver in their personal decision making processes [12, s. 21] and it is getting to known and shared in personal dialogue during their personal encounter along care giving procedures. Any of their personal decision separately is considered as autonomy, however, in the same time, they are also deciding on measure of heteronomy in those decisions to stay moral in common dialogue [5, p.156-157]. Responsibility to hope the best is defined by specification of their personal encounter. Any relation between religion and medicine is not possible to understand without just those two people (giver and receiver of care), who are personally engaged in their personal struggle to stay moral persons under the attack of pain. And that is why, any human effort to sublime any other human being over the stress of pain could not be successful without sublimed human hope in the best into the Hope in God's support and mercy via sharing it in the personal encounter [13, p.15-17].

At the end, it may be concluded that 1) the relation between religion and medicine should be seen via dialogical relationships between human persons as originally blessed by God; 2) the substance of the relation may be seen as established in dialogical bio-psycho-spiritual shared care giving - in sharing of personal life-stories via pain, sorrow, uncertainty and desires as well as via love, joy, faith and hope; 3) personal responsibility is not divided to own life, and to life of others, or to other reality represented by God, however it is included into personal autonomous decision on own way of being in the centre of interpersonal relations and to stay a moral person. In the palliative care giving it is shared to foster the sublimation of the hope in the best for both of dialogical persons up to

God's glory. 4) To undertake the personal responsibility for the hope in the best in the palliative care may become a dilemma for giver and also for receiver of the palliative care, and that is because of a) the requirement to share own whole life-story as such within another human being; b) to stand surety for him/her to hope in best during all necessary medical procedures; c) an invitation to share a different axiology and religion background; d) uncertainty, which is caused by any type of preconception, ideology, utopia, myth or science-fiction; 4) Also in personal encounter, it is taken under own personal responsibility to decide on consequences of results connected within proving the relation between religion and medicine in the friendly dialogue between giver and receiver of palliative care and it should not be transferred upon shoulders of any other person (God included), or system, or anything else. The common result of such a dialogical cooperation within requirements of relation between religion and medicine should be applied in care giving processes in deep respect to personal conscience of both of them.

References:

1. L. Scheidová (2010) "Vysvetlenie základných pojmov a ich vzťahov v rámci paliatívnej a hospicovej liečby a starostlivosti". [online] [cit. 2010-04-09]. Available at <<http://hospice.cz/vysvetlenie.html>>.
2. M. Svatošová, M. Jirmanová (1998) "Hospic slovem a obrazem." ECCE HOMO, Praha. [online] [cit. 2010-04-12] Available at <<http://hospice.cz/svatosova/hospice2/hospice2.pdf>>.
3. G. Marcel (1971) "K filosofii naděje". Transl. V. Dvořáková, Vyšehrad, Praha.
4. R. Guardini (1950) "Vom Sinn der Gemeinschaft". Arche, Zürich.
5. K. M. Vadíková (2011) "Problematika svedomia v kontexte dialogického personalizmu". FFTU, Trnava.
6. J. Fletcher (2009) "Situční etika". Trans. J. Zámečník, Kalich, Praha.
7. M. Prášilová (2010) "Vybrané aspekty profesionální etiky duchovnej starostlivosti". Editor D. Pčolková (2010) Paliat. Med. Lieč. Boles. – Supl. 2, 2010; 3 (S2), p. 46 – 48.
8. B. Vyšeslavcev (2005) "Etika proměněného erotu". Transl. A. Černohous, Refugium, Olomous/Velehrad: Praha.
9. K. M. Vadíková (2010) "Hospicová a paliatívna starostlivosť ako vzťah". Editor D. Pčolková Paliat. Med. Lieč. Boles. – Supl. 2 2010; 3 (S2). p. 38 - 39.
10. E. Orbanová, K. M. Vadíková, O. Čechvala, (2013) "Terminológia filozofickej axiológie". FFTU, Trnava.
11. "Genesis", "Pentateuch", "Starý zákon", "Biblia" (2009) Spolok svätého Vojtecha, Trnava.
12. R. Guardini (1999) "Dobro, svědomí a soustředování". Trans. from German Lobkowicz, F., Vyšehrad, Praha.
13. E. Pellegrino (2011) "The Catholic Physician in an Era of Secular Bioethics". Linacre Quarterly, 78(1) p. 13–28.

ХРИСТИЯНСТВО І МЕДИЦИНА

Лікування і догляд за хворими завжди були важливою частиною служіння християн. Відомим цілителем Київської Русі був чернець Києво-Печерського монастиря Агапіт (XI ст.). З появою Християнства при церквах і монастирях влаштовували лікарні і притулки для хворих, старих і убогих. Багато таких лікарень працює дотепер у цілому світі. Церква Адвентистів Сьомого дня заснувала всесвітньо відомий медичний центр Лома Лінда (Каліфорнія, США), де лікування здійснюється на найвищому рівні, включно з пересадками нирок, печінки і серця. Тут працює Центр протонної терапії, де лікують злякакісні пухлини простати, головного мозку та інших органів. В Україні адвентистами організовано ефективні програми боротьби з алкоголізмом і тютюнопалінням.

Багато наших співвітчизників лікарів-гуманістів, всесвітньовідомого вчених, життя і діяльність яких є прикладом високої етики і моральності для сучасних лікарів, назавжди залишиться у серцях нащадків та світової медичної спільноти.

У Львові, в лікарні №3 працював хірург- «золоті руки» на прізвище Козлов. Він прооперував і вилікував велику кількість хворих. Козлов говорив: «Коли мої відійдуть, я одразу піду на пенсію». «Мої» - це медичні сестри і санітарки, колишні чорниці, бо в приміщенні лікарні раніше був жіночий монастир. Догляд за хворими був бездоганим [1].

Не можна не згадати про славетного хірурга і вченого Н.І.Пірогова (1810-1881), значна частина життя якого була присвячена Україні, де він багато зробив для розвитку медицини і народної освіти. Н.І.Пірогов вважав, що «віра у Вищу Істоту, як джерело життя ... не суперечить науковим переконанням. Людське «я» - не продукт хімічних і гістологічних елементів, а втілення всесвітнього Розуму». [2]

В 1916 році великий вчений і психіатр В.М.Бехтерев, творець славетної психіатричної школи, здобутки якої актуальні і дотепер, публічно визнав, що душа кожної людини безсмертна. На основі свого колосального клінічного досвіду роботи з психічно хворими і здоровими людьми він зробив висновок, що не один вчинок, не одне слово, не один жест і навіть погляд не минає безслідно. В своїй доповіді в Петербурзі під назвою «Бессмертие человеческой личности как научная проблема» він констатував: «... если постоянное взаимовлияние людей есть факт непреложный в человеческой жизни, то ясно, что человек, умирая физически, не умирает духовно, а продолжает жить и за гранью телесной формы человеческой личности... Вот почему так называемая загробная жизнь, т. е. жизнь за гранью телесной формы человеческой личности, несомненно, существует в форме ли индивидуального бессмертия, ..., или в форме бессмертия более общего характера. Мы приходим, таким образом, к идее бессмертия всякого вообще человека. Это

бессмертие необходимо и неизбежно вытекает из положения о неисчезании энергии во внешнем мире, вследствие чего нервно-психическая деятельность одного человека, как выражение энергии его центров, проявляется внешним образом в той или иной форме и воспринимается всеми окружающими. Из предыдущего ясно, что речь идет ... о бессмертии ввиду неуничтожаемости той нервно-психической энергии, которая составляет основу человеческой личности, или, говоря философским языком, речь идет о бессмертии духа. Дело в том, что если человеческая личность бессмертна и остается жить в будущем как частица духовной общечеловеческой культуры, то она же живет и в прошедшем, ибо она есть прямой продукт прошедшего, продукт всего того, что она восприняла из прошлой общечеловеческой культуры путем преемственности и унаследования» [3]. Бехтерев справедливо вважав, що все це є наслідком дії універсального закону природи – закону збереження матерії та енергії, тобто прийшов до таких висновків науковим шляхом. Як це нерідко буває, це відкриття великого вченого не привернуло уваги сучасників і не знайшло належного визнання. Для цього були причини. Йшла Перша світова війна, потім більшовицький переворот 1917 року, громадянська війна, пограбування церков і репресії проти віруючих, перший голодомор початку 20-х років. Хоча комуністична влада вислала з країни багато вчених, письменників, інтелектуалів, вона була зацікавлена у використанні спеціалістів. Тому на перших порах В.М.Бехтерева, як світового авторитета, не чіпали. Перший дзвінок пролунав, коли він поставив діагноз «сифіліс мозку» В.І.Леніну. Його ще терпіли, але до нього приставили цілодобовий нагляд, який здійснювала племінниця начальника держбезпеки Генріха Ягоди. Фінал наступив 1927 року після того, як Бехтерев проконсультував Й.В.Сталіна і поставив йому невтішний діагноз «сухорукий параноїк». Наступного дня Бехтерева знайшли мертвим. Лише в наш час його капітальна праця була знову опублікована.

Український лікар-терапевт і вчений Ф.Г.Яновський (1860-1928), ім'я якого носить Київський НДІ туберкульозу і пульмонології, відомий не тільки своїми науковими працями в галузі хвороб легень, серця та нирок, але також своїм християнським милосердям. У своїй лікарській практиці він не брав гонорарів від бідних пацієнтів, а навпаки, підкладав їм гроші під подушку. З його ім'ям пов'язана побудова водогону в Києві. Його дуже любили кияни. Коли він помер, в останню путь його проводжала велетенська процесія з кількох десятків тисяч людей, а заупокійні молебни служили у православних і католицьких церквах [4].

В останні десятиріччя проведені систематичні дослідження, переважно у США, впливу віри, духовності, молитви на перебіг хвороб і стан пацієнтів [5]. Показовими є результати досліджень американських фахівців з Національного Інституту Вивчення Здоров'я. Вони вивчали вплив Християнства на повсякденне життя великої кількості людей, які намагались виконувати принаймні деякі настанови Біблії. Були встановлені зв'язки між релігійними переконаннями і показниками стану здоров'я. Ось деякі з них: у чоловіків та жінок, які відвідують церкву, ризик смерті від атеросклерозу менший на 50 відсотків; у тих, хто цінує релігію і часто відвідує церкву, середній діастолічний тиск крові на 5 мм нижче, ніж у тих, хто не відвідує; у курців, які регулярно відвідують церкву (принаймні один раз на тиждень) у 4 рази рідше відхилення від нор-

ми діастолічного тиску, ніж у тих, хто не відвідує; літні люди, які відвідують церкву, мають рівень смертності удвічі нижчий, ніж у тих, хто не відвідує (при порівнянні однакових вікових груп).

Дослідження [5] також показали більше задоволення життям, меншу вразливість на стреси та депресію і менший негативний вплив стресу на психіку, набагато меншу схильність до шкідливих звичок (алкоголь, тютюн, наркотики), меншу частоту травм, більш часте залучення до здорового способу життя (фізичні вправи, здорове харчування, методи подолання стресу тощо).

За останні десятиріччя в США проведено близько 1200 досліджень релігійних вірувань пацієнтів медичних закладів [6]. В 800 з них виявили позитивні кореляції між духовністю і перебігом і наслідками хвороби пацієнтів. Національний Інститут Досліджень Здоров'я (США) і опитування Інституту Геллапа в кінці 90-х років 20 ст. виявили, що 96% опитаних пацієнтів вірили в Бога або Всесвітній Розум.

Альберт Швейцер (1875-1965), – німецький філософ, музикант, лікар, місіонер, лауреат Нобелівської премії миру (1952) («За місіонерську діяльність») зробив своїм життєвим принципом і змістом свого життя «благочиння перед життям». З 1913 по 1965 рік він разом з дружиною, яка закінчила курси медичних сестер, в невеличкому селищі Ламбарене у Габоні (Африка) на власні скромні кошти заснував лікарню, і до кінця свого життя безоплатно лікував і оперував місцевих жителів [7].

Християнство значно полегшує міжособистісну взаємодію лікаря з пацієнтом, покращує результати лікування, пришвидшує одужання. На порядку денному не вирішеною залишається проблема взаємодії християнського світогляду і медичних професійних питань.

Література:

1. Livejournal / [Электронный ресурс] – Режим доступа (от 10.05.2019): <http://vmalyuk.livejournal.com/В.И. Малюк>
2. Энциклопедический словарь Брокгауза и Эфрона. 1890-1907. Статья «Н.И.Пирогов».
3. Бехтерев В. М. Бессмертие человеческой личности как научная проблема. Речь на торжественном акте Психоневрологического института в феврале 1916 г. и первоначально напечатанная в «Вестнике знания». MyHomeLib Версия: 2.1.3.757 76 с.
4. Приходько А.М. Сторінки життя і діяльності Феофіла Гавриловича Яновського (До 150-річчя від дня народження Ф. Г. Яновського). Український медичний часопис. 2010. № 4(78), VII - VIII.
5. Brook Walls. Science and Faith can work together in medicine // Does God Exist?. 2009. Vol. 36, № 4. P. 9-12.
6. Ellis, Mark R., James D. Campbell, Ann Detwiler-Breidenbach, and Dena K. Hubbard. What Do Family Physicians Think about Spirituality in Clinical Practice? The Journal of Family Practice. 2002. Vol. 51. P. 249-254.
7. Свінцький І.А. Життєвий подвиг Альберта Швейцера // Практикуючий лікар. 2017. Т. 6, № 1. – С. 74-76.

ПІДХОДИ ЩОДО ОПТИМІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ РОЗВИТКУ УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА

Актуальність проблеми. Недосконала система планування, розподілу та неналежний рівень ресурсного забезпечення первинної і вторинної профілактики, негативно позначаються на якості і ефективності профілактичної роботи. Як наслідок значна поширеність захворюваності, низька тривалість очікуваного життя, відчутні збитки від тимчасової непрацездатності та інвалідності, що призводить до незворотних втрат продуктивних сил, скорочення валового внутрішнього продукту і зменшення інвестицій у розвиток людського капіталу. Все це вказує на необхідність модернізації організаційно-економічних підходів щодо поліпшення системи медичної профілактики у суспільному житті.

Мета і завдання дослідження. Комплексний аналіз ресурсного забезпечення та обґрунтування фінансово-економічних технологій щодо підвищення ефективності профілактики як пріоритетного напрямку в системі медичного забезпечення.

Матеріали і методи: системне багатопланове медико-економічне дослідження основних напрямків профілактичної роботи, структурно-компонентний аналіз та моделювання можливих варіантів планування, цільового розподілу і організації аудиту ефективності використання фінансових ресурсів, що спрямовуються на реалізацію профілактичних заходів, за кінцевими медико-економічними та медико-демографічними індикаторами.

Результати та їх обговорення. Незважаючи на зростаючий обсяг капіталовкладень в систему медичної допомоги залишається низьким рівень суспільної ефективності медичної галузі, що, з нашої точки зору, пояснюється тим, що за примірними розрахунками лівова частка (біля 92,6%) від загальних коштів, які обертаються в сфері медичних послуг, спрямовуються на лікування гострих та хронічних форм захворювань, тоді як на профілактичні заходи в рамках превентивної медицини, витрачається лише 4,9%, а решта біля 2,5% означених коштів спрямовується на організацію реабілітаційних заходів. Безумовно, що при такому підході неможливо добитися вагомих досягнень в індексі здоров'я та якості життя пересічних громадян.

В загальноприйнятому контексті в якості основних форм профілактичної роботи розглядаються: імунопрофілактика серед дорослого та дитячого населення; організація попередніх, періодичних та цільових медичних оглядів; диспансерний облік та здійснення оздоровчо-профілактичних заходів серед практично здорових осіб, групи ризику, осіб, що перенесли гострі форми хвороби та страждають на хронічні захворювання; протиепідемічні заходи санітарно-гігієнічного характеру; а також організація санітарно-виховної, санітарно-просвітницької та медико-правової роботи серед широких верств населення з метою формування рівня санітарної культури, гігієнічної грамотності та відповідального ставлення щодо збереження власного здоров'я і бережного

відношення до здоров'я інших осіб як найвищої суспільної цінності.

Саме завдяки реалізації означеного комплексного підходу створюються передумови для медико-соціального захисту найбільш вразливих категорій населення, збереження та відтворення суспільного здоров'я.

Тому у цьому зв'язку важливо враховувати окремі напрямки означеної профілактичної роботи при формуванні цільових комплексно-профілактичних програм на загальнодержавному, регіональному та на місцевих рівнях, забезпечувати їх необхідними фінансовими, матеріальними і кадровими ресурсами та періодично проводити медико-економічний моніторинг досягнутих результатів за методом витрати-ефективність, що дає змогу вносити певні корективи в означені програми профілактики та досягати більш вагомих результатів щодо поліпшення загального рівня здоров'я населення, а також в залежності від потреб населення в кожному розділі профілактичної роботи розробляти відповідні регіональні нормативи фінансових видатків задля належного забезпечення матеріальними і кадровими ресурсами в залежності від фактичного обсягу та характеру наданих медико-профілактичних послуг.

Втім слід зауважити, що існуючий підхід в системі планування і розподілу вказаних ресурсів має цілий ряд недоліків. А саме не завжди використовується цільове фінансування медичних оглядів і диспансерної роботи в залежності від їх видів та характеру обсягу медичних послуг, які фактично надаються пацієнтам в рамках кожного з цих заходів, що у більшості випадків не дає змогу об'єктивно оцінити дані види роботи за показником витрати/ефективність і в залежності від цього поліпшувати якість та підвищувати ефективність означених розділів, а також суттєво активізувати профілактичну роботу, що відповідає нагальним викликам суспільства і може стати одним з дієвих важелів на етапі реформування вітчизняної охорони здоров'я.

Висновки: докорінна модернізація фінансово-економічних технологій на основі цільового планування, гнучкого розподілу та моніторингу використання ресурсів в системі профілактичної роботи створює передумови для реформування вітчизняної охорони здоров'я та побудови якісно нової архітектури медико-профілактичної допомоги при запровадженні подушного фінансування і даний підхід може бути поширений на інші розділи діяльності первинної і вторинної ланки медико-санітарного забезпечення.

Паливода Р. С.,
НМУ імені О.О. Богомольця,
Romeo.250390@gmail.com

СТАНОВЛЕННЯ МОЛОДОГО ЛІКАРЯ В СУЧАСНИХ УМОВАХ ОСВІТИ, ВИМОГ СУСПІЛЬСТВА ТА В КОНТЕКСТІ СВИТОГЛЯДУ В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦЬКОГО

Відносно вибору майбутньої професії існує відома позиція: людина має займатися тією справою, яка приносить задоволення, тоді і результат буде відмінний. Тлумачення цього може мати діалектичний аспект. Яким чином

людина знаходить своє призначення? Волею Божою, вироком долі чи наосліп? Як зазначав в своїй автобіографії майбутній лікар та святий В.Ф. Войно-Ясенецький: "... но во время вступительных экзаменов мной овладело тяжелое раздумье о том, правильный ли жизненный путь я избираю. Недолгие колебания кончились решением, что я не в праве заниматься тем, что мне нравится, но обязан заниматься тем, что полезно для страдающих людей" [2]. В наш час почути такі думки – більше рідкість, ніж буденність. Ідеї патерналізму не цінуються на сьогодні медичною спільнотою, а тому і не підносять поняття милосердя та співчуття до хворого. Сучасний вибір абітурієнта диктують розміщені на шальках терезів доволі діаметрально протилежні речі: продовження сімейних традицій, династій та "модність" професії, приклади чи поради друзів та кохана людина. Виходячи на перший план останні завуальовують реальну картину майбутньої професії. Це є першим кроком, де молоді не завадить необережність.

Другий етап – навчання на теоретичних, а особливо на клінічних кафедрах. Акцент уваги на основах навчання етики та деонтології при спілкуванні з пацієнтом під час навчання студентів на практичних заняттях є запорукою психоемоційної рівноваги в першу чергу хворого, а відповідно і його духовного спокою. Ще Гіпократ стверджував: "Болезнь всегда происходит либо от излишка, либо от недостатка, то есть от нарушения равновесия" [7]. На цьому наголошували відомі лікарі М. Пирогов та М. Мудров, стверджуючи, що хід хвороби і можливості одужання пов'язані з емоційною сферою лікаря [8]. Проте, модернізація навчання у сфері вищої медичної освіти, поява реалістичних фантомів та моделей для відпрацювання практичних вмінь та навичок, підвищення запитів серед населення на отримання високоякісної та кваліфікованої медичної допомоги, дисталізували, віддалили хворого від студентів.

"Психотерапия, состоящая в словесном, вернее, духовном воздействии врача на больного – общепризнанный, часто дающий прекрасные результаты метод лечения многих болезней", - стверджував святий Лука [1, с. 18]. Але постає логічне, риторичне запитання: як навчити молодих майбутніх фахівців цим правилам, принципам, основам без реального пацієнта?

Робота лікаря передбачає чималу кількість міжособистісних контактів. Від професійно-мовленнєвої компетентності лікаря залежать ефективність та успішність спілкування з пацієнтами, рідними, колегами. Комунікативна взаємодія допомагає вдалому вирішенню проблем учасниками комунікації і сприяє досягненню цілей лікування і взаєморозуміння між лікарем і хворим [5, с. 12]. Бо як вважає вчений Л.Піріг, живе слово медика ніколи не втратить своєї сили, не зважаючи на роботизацію та технічний розвиток суспільства [6]. Батько медицини Гіпократ казав, що такі особистісні якості як привітність і ввічливість мають супроводжувати лікаря в його професійній діяльності, оскільки строгість створюватиме перешкоди у спілкуванні між лікарем і пацієнтом [7].

Серед нормативно-правових документів підготовки магістрів в закладах вищої медичної освіти в переліку загальних компетенцій Національної рамки кваліфікацій є пункт про необхідність не лише спілкуватися державною мовою, або іншою мовою, а і здатність вибору стратегії спілкування. Останнє є актуальною вимогою часу, якщо брати до уваги впровадження міжнародних

стандартів лікування. В Законі України “Про вищу освіту” є стаття про компетентність у підготовці фахівців.

Страх перед медичною маніпуляцією, що часто є присутнім у студентів із-за відсутності досвіду, є відчутним та помітним явищем: тремор рук, розгубленість погляду, “неправильні питання”. Ця “некомпетентність” передається емоційно на хворого, у якого, в свою чергу, можуть вже виявитися зміни клінічних параметрів: тахікардія, підвищення артеріального тиску, запаморочення, психоемоційне збудження. Деякі студенти тим паче взагалі не бачать пацієнтів, і є чистими теоретиками, з різних причин на те.

Я можу оцінити контингент хворих стоматологічного профілю, втім це питання значного більшого масштабу. Левова частка хворих в наш час є обізнаною та начитаною завдяки всесвітній комп’ютерній мережі та порадам знайомих. Це відчувається при спілкуванні на консультативному прийомі, є фільтром лікувальних підходів, що сепарує твердження лікаря та блокує прийняття правильних рішень. Не менш важливими є високий рівень конкуренції, перенасиченість ринку та широкий вибір медичних послуг для населення.

“На третьем курсе я страстно увлекся изучением операций на трупах. Произошла интересная эволюция моих способностей: умение весьма тонко рисовать и моя любовь к форме перешли в любовь к анатомии и тонкую художественную работу при анатомической препаровке и при операциях на трупах. Из неудавшегося художника я стал художником в анатомии и хирургии”, - згадує юність в своїй відомій автобіографічній збірці майбутній професор Войно-Ясенецький [3]. Мій вчитель розповідав, що за радянських часів при вступі до Університету у абітурієнтів розпитували про їх здібності, самодіяльність, хоббі, які дійсно могли не тільки задіяти студента у майбутньому до участі у суспільному та культурному житті начального закладу, а і зорієнтувати та скоректувати вибір професії або якогось вузького напрямку спеціальності. В наш час цей момент втрачено, а вчорашній студент, а сьогодні – молодий лікар вже емпіричним шляхом намагається знайти свою коірку в професійній спільноті.

На кінець варто зазначити, що збагачення духовного світу лікаря є не менш пріоритетним пазлом панорамної картини сприйняття та провадження професійної діяльності, аніж бути в курсі останніх технічних новинок, інновацій та комунікації в сфері спеціалістів. Валентин Феліксівич Войно-Ясенецький у книзі “Дух, душа и тело” ділиться: “Тот, кто больше верит, излечивается чаще”. Тривалий час з різною періодичністю я чув від деяких своїх пацієнтів нарікання, чому я такий молодий; адже догматично за їх віруванням хірург має бути у зрілому віці, а вік – є досвід і запорука відмінного результату лікування. Деяких це ламає, додає сумнівів, інших – злить, других – змушує посміхатися. Відповідав, що є спадкоємність інформації, знання, які передаються від учителя до учня і зміна поколінь, а є Ваш власний обізнаний вибір до кого і коли звертатися.

Дійсно професійне становлення – це тривалий процес, але він пролонгується по вині себе самого, треба вміти слухати себе і ставити цілі. Молодий лікар, стаючи на шлях свого індивідуального розвитку, повинен розуміти/вміти пророкувати зерно надії та віри у хворих через довіру до своєї компетентності та зовнішнього вигляду, етики та вміння спілкування не тільки з

пацієнтом, а і з колегами; через індивідуальність, через свою духовність.

“Состояние духа больного, его доверие или недоверие к врачу, глубина его веры и надежды на исцеление или, наоборот, психическая депрессия, вызванная неосторожными разговорами врачей в присутствии больного о серьезности его болезни, глубоко определяют исход болезни”, - доводив святий Лука, архієпископ Сімферопольський та Кримський [2]. Без сумніву, як дух, душа і тіло є нерозривними поняттями, так і при необхідності зцілення вони теж мають вбачатися одним цілим.

Література:

1. Святитель Лука (Войно-Ясенецкий). Дух, душа и тело. – К.: ВД “Авіцена”, 2010. – 208 с.
2. Святитель Лука (Войно-Ясенецкий). Наука и религия. – Феникс, Троицкое слово, 2001. – 316 с.
3. Святитель Лука (Войно-Ясенецкий). Я полюбил страдания... - М., 1996.
4. В.Марущак, протоіакоп. Святитель-хірург: житие архієпископа Луки (Войно-Ясенецкого). – М.: Даниловский благовестник, 2010 – 416с., ил.
5. А.О.Варданян. Формування професійно-мовленнєвої компетентності майбутніх лікарів: дис. к-та пед. наук: 13.00.04 / Полтавський національний педагогічний університет імені В.Г. Короленка. –Х., 2017. –289 с.
6. Л.А.Піріг. Медицина і українське суспільство: зб. мед. публіц. пр./ Л.А.Піріг. –К., 1998. – 472 с.
7. Гиппократ. Этика и общая медицина; письма / пер. с древнегреч. В. Руднева. –М.: мир книги, литература, 2010. –336 с.
8. Н.И.Пирогов. Вопросы жизни. Дневник старого врача / Н.И. Пирогов. –СПб.: Северо-Запад, книжный клуб Книговек, 2011. – 608 с.

Рибачук А.В., Джавадіасл А.,

Національний медичний університет імені О. О.Богомольця,
afshin.javadi@gmail.com

ВНЕСОК В.Ф. ВОЙНО-ЯСНЕЦКОГО В РОЗВИТОК АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА МІСЦЕВОГО ЗНЕБОЛЕННЯ В ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВІЙ ХІРУРГІЇ

Фундаментальна праця В.Ф. Войно-Ясенецького (архієпископа Луки) нарисі гнійної хірургії знайшла всебічне застосування в умовах мирного та військового часу. Ця праця вважається важливою також в практиці щелепно-лицевого хірурга до сьогодні. Під час другої світової війни у зв'язку з недостатністю військових хірургів Войно-Ясенецький кілька разів просив керівництво держави використовувати його знання для військової хірургії. Але тодішня влада не надала йому таку можливість.

Войно-Ясенецький вніс значний вклад в анестезіологію. Він відзначав, що провідникова анестезія «нерідко майже незамінна саме в гнійної хірургії». «Я багато разів переконувався у перевагах цього виду знеболення і вважаю за необхідне поділитися своїм досвідом», - писав він [1]. Про велике значення методу регіонарної анестезії (провідникова) в розвитку вітчизняної медицини є додаток до його книзі «Нариси гнійної хірургії» (1923 р.). У 1915 році в Петрограді вийшла його перша монографія «Регіонарна анестезія». У 1916 році він успішно захистив докторську дисертацію .

У ті роки значне число смертей, було обумовлено застосуванням хлороформу і ефіру, та залежало від невмілого або недостатньо обережного застосування цих засобів.

Тому Войно-Ясенецький писав, що застосування місцевої анестезії, дає лікарю можливість цілком зосередитися на операції, що має величезне значення і широке ознайомлення лікарів з цими способами становить одне з найважливіших умов процвітання і розвитку хірургії на селі.

Крім систематизації даних про раніше існуючих методах знеболення, Войно-Ясенецький вперше описав блокаду трійчастого нерва шляхом введенням етилового спирту безпосередньо в стовбури його гілок (очноямкового, верхньо- і нижньощелепного), а також в Гассерів вузел. Провідникова анестезія, у вдосконалення якої вніс великий вклад Войно-Ясенецький, передбачає введення місцевого анестетика в нерв на віддалі від місця операції. Блокуванням передачі нервових імпульсів від місця хірургічної травми тканин досягається анестезія больової чутливості.

Для щелепно-лицевих хірургів дуже важливим є спосіб проведення центральної анестезії біля круглого отвору орбітальним шляхом. Ця методика унікально та не схоже на інше.

За досягнення в цій галузі медицини, Войно-Ясенецький був удостоєний премії імені Хойнацького Варшавського університету.

Література:

1. Архієпископ Лука (Войно-Ясенецький) «Я полюбил страдание...» Автобіографія / В.Ф. Войно-Ясенецький. Дух, душа и тело. – К.: ВД «Авіцена», 2010. – 208 с.

Давидова О. І.,

Донецький національний медичний університет
dnmu.kr@gmail.com

ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТУ В ПІДГОТОВЦІ ДО ОПЕРАЦІЇ

З давніх часів, до всіх лікарів були особливі морально-етичні вимоги. Ці вимоги записані у вигляді клятв, кодексів поведінки.

Моральні норми залежать від нації, країни, релігії. Але, всі норми

мають один корінь – клятву Гіппократа. У 300р.до н.е. Гіппократ записав її, базуючись на усних переказах, а вже з III ст. до н.е. вона стала документом і почала називатися клятвою.

Звичайно, що і Валентин Феліксович Войно-Ясенецький слідував даній ним клятві на початку XX ст.

Великий лікар-хірург, архієпископ Лука (В.Ф.Войно-Ясенецький), не тільки дотримувався принципів клятви Гіппократа, а й додав свої, що ґрунтуються на любові лікаря-християнина до оточуючих. Звичайно ж, він не займався, предметно, висвітленням цих понять. Але, з його проповідей і монографій ми можемо дізнатись про його особисті вимоги до професії лікаря.

Велику увагу арх.єп.Лука приділяв психологічній підготовці хворого до проведення операції. Адже, пацієнт, коли дізнається про операцію, відчуває тільки страх, що трансформується у жах. Це відчуття може вплинути і на хід самої операції – від страху підвищується тиск, може початись аритмія і тощо.

Чого боїться пацієнт? Чому виникає страх? Як правило, людина нічого не знає про хід операції, про процеси в організмі, що пов'язані між собою. Навіть про свою хворобу людина глибоко нічого не знає. Людина, яка готується до оперативного втручання шукає інформацію в Інтернеті, слухає невтішні відгуки у своїх знайомих. Страх смерті та страх невідомості породжують почуття жаху.

Коли вагітна жінка йде на кесарев розтин, в неї виникає тривога. Тривога за себе, в першу чергу. Саме вагітні жінки є емоційно нестійкими. Йдучи біло-зеленими коридорами, їх зустрічають яскраві лампи над операційним столом та маленький стільчик, що служить сходиною. Люди у масках механічно роблять свою справу і ніхто не може здогадатись, про що зараз думає породілля, які емоції вона відчуває. Коли запитуєш, які емоції переважають, заходячи в операційну – страх! І в першу чергу, від побаченого.

Пересічна людина, яка вперше йде на операцію не може знати про особливості устаткування операційної, про особливості одягу оперуючих лікарів, про обов'язковість фіксації рук тощо. Пацієнту повинно бути комфортно в емоційному плані.

Не менш важливо розмовляти з пацієнтом у період введення наркозу. Знання про введення наркозу і його наслідки пацієнт черпає від своїх знайомих. Зазвичай, негативні відгуки про наркоз від оточуючих впливають на емоційний стан пацієнта. Основні страхи: наркоз якісний? А я прокинусь? А що буде потім? А якщо я не прокинусь? А як вони знають, скільки наркозу вводити? Я помру? Всі ці страхи породжуються від незнання.

Післяопераційний період кожна людина переживає по-різному. І, також, важливо дізнатись хворому, які наслідки виходу від наркозу. Ці знання, обов'язково повинні бути надані лікарем до початку операції.

В дитячих лікарнях до пацієнтів ставляться з більшою обережністю, ніж в дорослих. З батьками часто говорять, заспокоюють. І самі діти відчувають себе спокійніше, адже, у медичного персоналу існують спеціальні прийоми для зацікавленості малечі. Наприклад, трубочки-катетори лікарі називають «літачками», а в процесі капельниці «літачки» заправляються.

Кожен лікар повинен дотримуватись етичних норм у спілкуванні з

пацієнтами. Валентин Феліксівич у праці «Нариси гнойной хирургии» подає наступні рекомендації: «Приступая к операции, надо иметь в виду не только брюшную полость, а всего больного человека, который, к сожалению, так часто у врачей именуется «случаем». Человек в смертельной тоске и страхе, сердце у него трепещет не только в прямом, но и в переносном смысле. Поэтому не только выполните весьма важную задачу подкрепить сердце камфорой или дигаленом, но позаботьтесь о том, чтобы избавить его от тяжелой психической травмы: вида операционного стола, разложенных инструментов, людей в белых халатах, масках и резиновых перчатках — усыпите его вне операционной. Позаботьтесь о согревании его во время операции, ибо это чрезвычайно важно».[1]

Як бачимо, для нормального емоційного стану пацієнта необхідно не так багато речей. А чи лікарі, сімейні лікарі розуміють необхідність таких роз'яснень? Звичайно, у кожного лікаря, як і в будь-якої людини, є свої власні амбіції, свій настрій, свої проблеми. І не кожний лікар вміє це ховати від сторонніх очей. Кожен пацієнт вважає, що його хвороба і його проблеми мають бути на першому місці для лікаря, ніж особисті. Тому, лікарі це особливі люди, які повинні мати високу емпатійність.

У сучасній медицині, в поліклініках і лікарнях, лікарі забувають про психологічний аспект роботи з пацієнтом. Вважається, що робота лікаря-хірурга або кардіолога, або іншого лікаря не включає в себе роботу з емоційним станом пацієнта. Але, чому ж, у медичних університетах студенти вивчають не тільки анатомію? У сучасних медичних навчальних закладах студенти вивчають психологію, деонтологію та медичну етику.

Без любові до ближніх неможливо стати хорошим лікарем. Це показав нам, своєю роботою, архієпископ Лука Войно-Ясенецький. Добре слово, емоційна підтримка, іноді, можуть зробити більше, ніж хірургічне втручання.

Література:

1. Войно-Ясенецький В. Ф. Очерки гнойной хирургии. – 2-е изд. – М.: Медгиз, 1946. – 544с.

Романюк І. Д.,
НМАПО імені П. Л. Шупика,
RomanukOV@i.ua

“РЕЛІГІЙНИЙ ФРІССОН” ЯК ЕМПАТІЙНІСТЬ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

Вважається, що емпатійність є релевантом роботи лікаря, зокрема стоматолога. Відсутність здатності до емпатії унеможливує якісне виконання лікарських обов'язків. З одного боку, чуйність до настрою оточуючих є свідченням високої культури лікаря-стоматолога. З іншого, лише емпатія лікаря дозволяє зрозуміти емоційний стан (почуття, емоції) пацієнта. Також, емпатія є показником розвитку особистих задатків лікаря: уяви, пам'яті, сприйняття, відчуття тощо.

У взаємовідносинах між лікарем-стоматологом та стоматологічним пацієнтом емпатія носить характер предметності (втручання в особистий простір незнайомої чи малознайомої людини), суб'єктності почуттів (у стоматолога робота з пацієнтом настільки близька, що почуття пов'язані з процесами лікування невід'ємні від учасників процесу), інтимності (адже пацієнт не лише беззахисний, а й довіряє «соромітницькі» таємниці свого тіла й поведінки лікарю, який їх має зберігати і ставитись до них толерантно, приховувати й виправляти), полярності (у пацієнта стоматолог визиває відчуття страху й поваги, у стоматолога пацієнт може визивати співчуття й огиду), амбівалентності (стоматолог зі своїм пацієнтом ніби й чужі люди, а знають одне про одного вкрай важливі «таємниці»: як один дбає про дентальне здоров'я, а інший про професійні знання й обов'язки).

Ми можемо представити, що стоматологи взагалі не здатні до будь-яких емоцій по відношенню не лише до пацієнта, а й усього світу: повна неможливість встановити людські стосунки через прірву взаємного нерозуміння. «Світ таких людей був би світом бездушних роботів, позбавлених усієї гами людських переживань і не здатних зрозуміти ні суб'єктивних наслідків усього, що відбувається в зовнішньому світі, ні значення своїх вчинків для оточуючих» (фізіолог П.К. Анохін). Напевне у реальному житті така ситуація неможлива: хоч якихось емоцій і почуттів людина має відчувати, адже люди самовизначають себе через спектр емоцій і почуттів (події, інші люди, власне «Я»).

Наразі, наш науковий інтерес привертає питання доказів емпатійності лікаря-стоматолога.

На сьогодні загальновідомо, що емоції є властивістю певних утворень нервової системи: ретикулярної формації (активізують діяльність інших мозкових механізмів). Ретикулярна формація відіграє велику роль у формуванні «світлих плям свідомості» (визначення ввів І. П. Павлов). «Світла пляма свідомості» відповідає за висвітлення явища, яке в даний момент впливає на людину й представляє найбільше значення для організму, тобто, емоція визначає формування цієї «світлої плями свідомості». Наприклад, в мить максимального емоційного напруження людина часто знаходить рішення, походження яких вона не завжди здатна зрозуміти. Схоже на те, що емоції мобілізують життєвий досвід людини не лише усвідомлений, але й той, який склався поза цією «світлою плямою свідомості».

Отже, щоб перевірити наявність у стоматолога емпатійності, треба дослідити його мозок на медичному обладнанні.

Людські емоції і почуття в більшій чи меншій мірі відображаються на момент відбування на обличчі людини: сміх – примружує очі, сум – піднімає внутрішню частину брів, злість – з'єднує брови тощо. А як на обличчі проявляється емпатійність? Наприклад, якщо стоматологічному пацієнту боляче, а лікар посміхається, щоб зменшити напруженість ситуації, то міміка обличчя не релевантна до ситуації і може це не емпатія, а «стоматолог на своїй хвилі». Ми спостерігали за колегами-стоматологами у 4 клініках міста Києва (Арапіт, ОдонтоМед, Galchenko, Дарлін) і можемо запевнити, що під час процедур лікування деякі вирази обличчя стоматолога взагалі не представляється можливим декодувати, тим паче пацієнтові.

Іноді трапляється, що пацієнт розповідає анамнез захворювання, а події, що спричинили хворобу настільки жакливі, що у стоматолога пробігають по шкірі «мурашки». Ми припустили, що «гусяча шкіра» може бути доказом емпатійності людини.

З одного боку, шкірні «пупирки» є результатом полімоторного рефлексу. Полімоторний рефлекс проявляється як скорочення м'язів волосяних фолікул в наслідок зовнішніх подразників нервових закінчень. З іншого боку, шкірні «пупирки» можуть бути симптомом та свідчити про захворювання: порушення обміну речовин; авітаміноз; фоллікулярний гіперкератоз; синдромом збуджених ніг; гіпопаратиреоз; варикоз; атеросклероз.

Між тим, у науковому обігу існує термін «фріссон» (франц. Frisson – збудження), яким позначають стан «шкірного оргазму» або відчуття блаженства від чогось, зокрема музики, що характеризується пробіганням шкірою людини «мурашок». Ці відчуття можуть описувати і як «естетичний холодок» (М. Кольвер).

Вчені університету штату Юта (ОША) зазначають, що дуже малий відсоток людей здатні відчувати фріссон. Ми припустили, що фріссон може бути доказом емпатійності стоматолога. З метою підтвердження нашої гіпотези вдалися до пробного опитування своїх колег. Нами було опитано 30 (100%) осіб інтернів-стоматологів (1 академічна група Національної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика), яким задавалось 2 питання: «Чи відчували Ви коли-небудь при прослуховуванні музики «мурашки» шкірою? Чи відчували Ви «мурашки» шкірою під час служіння у релігійних установах (церкві, мечеті тощо)? На наш погляд, відповіді на ці питання зможуть допомогти нам доказати наочно наявність емпатії у стоматологів зазначеної групи, а також диференціювати певний, поки що умовний, рівень цієї емпатії.

Чому ми зосередили увагу на відчуттях пов'язаних з релігійними емоційними переживаннями? Релігія це система, що пов'язана із сакральними віруваннями та практиками і яка поєднує людей у моральне співтовариство. Саме моральне.

Наприклад, релігія дозволяє відокремити пізнання буття та дефіцитарне (визнання певної недостатності й необхідності додаткових умов). Дефіцитарне пізнання підштовхує до дій у світі побуту, а пізнання буття до дій, спрямованих на тонкі матерії, в тому числі сфери духовних переживань таких, як емпатія (див.: А. Маслоу, А. Шютц та ін.).

Так, відповіді респондентів розподілились наступним чином: під час прослуховування музики 95% відчували фріссон проти 5%; під час служіння у релігійних установах фріссон відчували 46% проти 54%.

Як бачимо, у групи опитантів 46% стоматологів мають досить високий показник емпатії.

Отже, фріссон можна вважати доказом емпатійності лікаря-стоматолога, а «релігійний фріссон» є показником певного високого рівня цієї емпатійності. Питання «релігійного фріссону» потребує подальшого дослідження на репрезентативній групі стоматологів.

РЕЛІГІЯ І МЕДИЦИНА В ДОБУ ТРИВОГИ ТА КРИЗИ АВТЕНТИЧНОСТІ

“Щоб розробити власну теорію, медицина потребує вчення про людину; але без постійної співпраці з усіма науками, для яких людина – головний предмет вивчення, медицина не отримає вчення про людину. Мета медицини – допомогти людині вирішити деякі з її екзистенціальних проблем, а саме ті з них, що зазвичай називають хворобами. Але медицина не може допомогти людині без постійної взаємодії з іншими областями знання, мета яких – допомогти людині в її якості людини. Вчення про людину і допомога людині засновані на різноплановій взаємодії. Лише таким чином можливо зрозуміти і актуалізувати силу буття людини, її сутнісне самоствердження, її мужність бути”

(Пауль Тілліх)

Праця лікаря безпосередньо пов'язана з життям та смертю пацієнта. Сьогодні часто заради підняття настрою чи розради пацієнта лікарі говорять, що “ця хвороба не смертельна”, усуваючи тим самим тривогу і страх в очах людини перед невідомим. Праця видатного німецько-американського філософа й теолога Пауля Тілліха “Мужність бути” (1952) присвячена питанням релігії (зокрема і смерті, а саме тривозі і страху перед нею), в контексті науки і філософії. У ній автор вводить поняття “мужності”, яке допомагає йому осмислити людську ситуацію. Втім щоб зрозуміти дане поняття етично, на думку П. Тілліха, його варто, насамперед, розглядати онтологічно. Адже “етичне питання про природу мужності неминуче призводить до онтологічного питання про природу буття” [1, с. 8].

Звертаючись до класиків, П. Тілліх пише про мужність, як силу духу, здатну подолати все те, що заважає досягненню найвищого блага. Спираючись на Ф. Аквінського, він виділяє такі чесноти як: мужність, мудрість, стриманість і справедливість. “Мужність в спілці з мудрістю передбачає як стриманість стосовно самого себе, так і справедливість стосовно інших” [1, с. 11]., – наголошує П. Тілліх. Як бачимо ця теза залишається актуальною для сучасних поколінь, зокрема і для представників сфери охорони здоров'я. Аналізуючи стоїчну мужність Сенеки, П. Тілліх екстраполює його ідеї на сучасність, й показує, що існує як взаємозалежність між страхом смерті і страхом життя, так і взаємозалежність між мужністю жити і мужністю померти. Бо, як і в античну добу, нинішнє споживацьке суспільство збільшує різко кількість тих, хто “не хоче жити і не вміє померти». Ім П. Тілліх протиставляє мудреця, який мужньо перемагає бажання, страждання і тривогу, “перевершує самого Бога”.

Екзистенціальний зміст тривоги складає, на думку П. Тілліха, не “абстрактне знання про небуття, але усвідомлення того, що небуття складає частину власного буття людини. ... Це тривога небуття, усвідомлення власної скінченності як скінченності” [1, с. 30]. Тривога небуття якісно відмінна від усіх інших видів тривоги, бо завдяки мужності, доводить американський теолог, ми

можемо прийняти в себе страх, викликаний будь-яким певним об'єктом, тому, що цей об'єкт, яким би страшним він не був, однією своєю гранню бере участь в нас, а ми – через цю грань – задіяні будемо в ньому. П. Тілліх формулює це наступним чином: “до тих пір поки існує “об'єкт” страху, любов (у сенсі “співучасть”) здатна перемогти страх”.

Втім, з тривогою небуття, на думку Тілліха, все інакше, так як у неї немає об'єкта, а точніше – мислитель висловлює це за допомогою парадоксу – “її об'єкт являє собою заперечення будь-якого об'єкта. Саме тому співучасть, боротьба і любов по відношенню до цього об'єкта неможливі. Людина, охоплена тривогою, до тих пір поки це чиста тривога, повністю їй належить і позбавлена будь-якої опори. Безпорадність, що виникає в стані тривоги, можна спостерігати як у тварин, так і у людини. Вона виражається в дезорієнтації, неадекватній реакції, відсутності “інтенціональності” (тобто зв'язку з осмисленим змістом знання чи волі). Така незвичайна поведінка викликана тим, що відсутній об'єкт, на якому міг би зосередитися суб'єкт, що знаходиться в стані тривоги. Єдиний об'єкт – це сама загроза, а не джерело загрози, тому що джерело загрози – “ніщо”” [1, с. 30 – 31]. В своїй онтології тривоги П. Тілліх, аналізуючи співвідношення між поняттями “буття” та “небуття”, як приклад протиставляє тривогу смерті та страх смерті. “Тією мірою, якою це “страх”, його об'єкт – передчуття смертельного захворювання або нещасного випадку, передсмертних страждань і втрати всього. Але тією мірою, в якій це “тривога”, її об'єкт – абсолютна невідомість стану “після смерті”, небуття, яке залишиться небуттям, навіть якщо наповнити його образами з нашого нинішнього досвіду” [1, с. 31], – доводить мислитель. І в цьому криється, на його думку, екзистенціальний, онтологічний зміст тривоги перед небуттям, а на буденному рівні – тривоги перед смертю.

Згідно П. Тілліха, “небуття загрожує онтичному самоствердженню людини відносно – у вигляді долі, абсолютно – у вигляді смерті. Воно загрожує духовному самоствердженню людини відносно – у вигляді порожнечі, абсолютно – у вигляді відсутності сенсу. Воно загрожує моральному самоствердженню людини відносно – у вигляді провини, абсолютно – у вигляді осуду. Тривога є усвідомленням цієї потріпної загрози” [1, с. 33]. Виходячи з цього, П. Тілліх виокремлює три форми тривоги: тривогу долі і смерті (або просто – тривогу смерті), тривогу порожнечі і втрати сенсу (або просто – тривогу відсутності сенсу), тривогу провини і засудження (або просто – тривогу осуду). В “Мужності бути” автор доводить, що ці три форми тривоги – екзистенціальні, тому що вона властива існуванню як такому, а не є аномальним станом душі, як, наприклад, невротична (і психотична) тривога.

Для людини, як доводить П. Тілліх, тривога долі і смерті є найфундаментальнішою, найуніверсальнішою і невідворотною. Людина в своїй якості людини незалежно від тієї цивілізації, до якої вона належить, з тривогою усвідомлює загрозу небуття і потребує мужності самостверджувати себе йому всупереч. Занепад античної цивілізації, на думку мислителя, супроводжувався онтичною тривогою, середньовіччя – моральною тривогою, Нового часу – духовною тривогою. І хоча щоразу переважає лише один з цих типів тривоги, два інших також присутні і виявляють себе. В наш

час, наполягає П. Тілліх, тривога має підштовхувати нас до мужності, оскільки альтернативою мужності може бути лише відчай. А мужність протистоїть розпачу, приймаючи тривогу на себе.

Далі Тілліх аналізує проблему тривоги в контексті співвідношення релігії та медицини, зокрема звертається до проблеми лікування – предмету невсучасних суперечок між медиками і теологами. “Лікарі, особливо психотерапевти і психоаналітики, – йдеться у його праці, – часто наполягають на тому, що лікування тривоги – це виключно їх завдання, бо будь-яка тривога має патологічну природу. Лікування спрямоване на те, щоб взагалі усунути тривогу, адже тривога – це захворювання, що має головним чином психосоматичний і лише іноді чисто психічний характер. Будь-які форми тривоги виліковні, і в силу того, що тривога не має онтологічної основи, екзистенціальної тривоги не існує. З цього робиться висновок, згідно з яким медичний підхід і медична допомога – єдиний шлях до набуття мужності бути; лише медицина здатна виліковувати. І хоча число лікарів і психотерапевтів, які відстоюють цю крайню позицію, постійно зменшується, вона важлива з теоретичної точки зору. Адже ця позиція має на увазі певне розуміння людської природи, яке її прихильникам доводиться сформулювати в явному вигляді, всупереч їх позитивістській нелюбові до онтології. Психіатр, який стверджує, що тривога завжди патологічна, не може заперечувати, що потенційно хвороба присутня в самій природі людини. Він повинен пояснити, чому в кожній людині є скінченність, сумнів і провина. Психіатр повинен, виходячи зі своїх засновків, пояснити універсальність тривоги. Він не може обійти питання про людську природу, тому що у своїй професійній діяльності не може не усвідомлювати різницю між здоров'ям і хворобою, між екзистенціальною і патологічною тривогами. Ось чому лікарі і особливо психотерапевти все більше прагнуть співпрацювати з філософами і теологами. “Теологія і пасторська діяльність стикаються з тією ж проблемою, що теоретична і практична медицина. Вони припускають якесь вчення про людину і, отже, онтологію. Саме тому теологія протягом своєї історії майже завжди зверталася за допомогою до філософії, незважаючи на приватні заперечення проти цього з боку теологів і віруючих (ці заперечення аналогічні тим, що емпірична медицина висуває проти філософів медицини). Часом втеча від філософії виявлялася цілком успішною, але в тому, що стосується вчення про людину, вона була явно невдалою. Таким чином, в своєму розумінні людського існування теологія і медицина неминуче слідували за філософією, часом свідомо, часом – ні. Слідуючи за філософією, вони зближуються одна з одною, нехай навіть в своєму розумінні людини вони рухаються в протилежних напрямках. Сьогодні і теологи, і лікарі розуміють це і все, що з цього випливає в теорії і на практиці. Теологи і пастори прагнуть співпрацювати з медиками, в результаті чого виникають різні форми стихійної або постійної взаємодії. Однак відсутність онтологічного аналізу тривоги і чіткого розмежування екзистенціальної і патологічної тривоги не дозволяє багатьом пасторам і теологам, а також лікарям і психотерапевтам брати участь в такого роду спільній роботі. Якщо вони не бачать різниці між екзистенціальною і патологічною тривогами, то вони не схильні розглядати невротичну тривогу так само, як вони розглядають соматичне за-

хворювання, а саме як об'єкт медичної допомоги. Але якщо пастор проповідує граничну мужність (тобто мужність віри) людині, яка патологічно фіксується на обмеженому самоствердженні, то зміст цієї проповіді або наштовхується на непохитний опір, або – що ще гірше – приймається в замок самозахисту і стає ще одним способом уникнути зустрічі з реальністю. З точки зору реалістичного самоствердження релігійну ревність часто доводиться сприймати з деякою підозрою. Адже нерідко мужність бути, створювана релігією, є не більше ніж бажання людини обмежити власне буття і закріпити це обмеження владою релігії. І навіть якщо релігія не підштовхує людину до патологічного самообмеження або не підтримує таке самообмеження прямо, вона здатна обмежити відкритість людини до реальності, перш за все до реальності самої. Так релігія може підтримувати і посилювати потенційно невротичний стан. Пастор повинен усвідомлювати ці небезпеки і розуміти, що в таких випадках потрібна допомога лікаря або психотерапевта" [1, с. 54-55], – пише П. Тілліх. І ось чому на основі цієї співпраці виникла практика психологічної допомоги, яка, як і будь-яка спроба синтезу, небезпечна і в той же час дуже важлива для майбутнього" [1, с. 53].

Зі свого онтологічного аналізу проблеми тривоги П. Тілліх виводить низку принципів, які допомагають виявити спільні точки дотику у роботі теологів і лікарів, що мають справу з тривогою. Основний принцип, сформульований мислителем, проголошує наступне: "екзистенціальна тривога в своїх трьох головних формах не стосується лікаря в його "якості" лікаря, хоча він повинен мати про неї чітке уявлення; і навпаки, невротична тривога у всіх своїх формах не стосується пастора в його "якості" пастора, хоча він повинен мати про неї чітке уявлення" [1, с. 57]. З першого погляду видається, що П. Тілліх показує незвідність практики лікаря і пастора до однієї системи координат. Втім надалі, мислитель розтлумачує сенс свого принципу, пояснюючи, що "духівник ставить питання про таку мужність бути, яка приймає екзистенціальну тривогу на себе. Лікар ставить питання про таку мужність бути, яка усуває невротичну тривогу. ... невротична тривога – це нездатність прийняти екзистенційну тривогу на себе. Отже, завдання духівника включає в себе також і завдання лікаря. Однак жодне з цих завдань не пов'язане виключно з тими, хто виконує їх професійно. Лікар, особливо психотерапевт, опосередковано може передати пацієнтові мужність бути і здатність прийняти екзистенціальну тривогу на себе. Вчиняючи так, він не стає духівником і ніколи не повинен намагатися замінити духівника, але він може сприяти граничному самоствердженню пацієнта, виконуючи тим самим завдання духівника. І навпаки: духівник або будь-хто інший може надати медичну допомогу. При цьому він не стає лікарем, і жоден духівник в своїй "якості" духівника не повинен прагнути ним стати, хоча він може мати здатність зцілювати як душу, так і тіло і сприяти усуненню невротичної тривоги" [1, с. 57].

Отже, скрупульозний аналіз патологічної тривоги в її співвідношенні з екзистенціальної тривогою дозволив П. Тілліху виявити актуальні для сьогодення принципи:

"1. Екзистенціальна тривога має онтологічний характер, її неможливо усунути, а мужність бути має прийняти її на себе.

2. Патологічна тривога є наслідком невдалої спроби Я прийняти тривогу на себе.

3. Патологічна тривога веде до самоствердження, має обмежену, фіксовану і нереалістичну основу, і до вимушеного захисту цієї основи.

4. Патологічна тривога, співвідносячись з тривою долі і смерті, породжує нереалістичну надійність; співвідносячись з тривою провини і засудження – нереалістичну досконалість; співвідносячись з тривою сумніву і відсутності сенсу – нереалістичну впевненість.

5. Патологічна тривога, якщо вона діагностована, стає об'єктом лікарської допомоги, екзистенціальна тривога – об'єкт допомоги духівника. Не можна сказати, що лікар або священик діє тільки строго у відповідності зі своєю професійною функцією: пастор може виявитися цілителем, а психотерапевт – духівником, і кожна людина може стати і тим і іншим для свого "ближнього". Втім не варто змішувати ці дві функції, а членам цих професій не варто намагатися замінити одне одного. Їх спільне завдання – допомогти людям досягти повного самоствердження, знайти мужність бути" [1, с. 57-58].

Підсумовуючи, необхідно підкреслити, що праця П. Тілліха "Мужність бути" засвідчує необхідність подальшого вивчення феномену тривоги в наш час – добу кризи автентичності, втрати сенсу і життя, і смерті. І ці екзистенціальні питання мають об'єднувати філософів, теологів та лікарів, які покликанні їх вирішувати спільними зусиллями задля духовного здоров'я людства в майбутньому.

Література:

1. Тиллих П. Мужество быть // П. Тиллих Избранное: теология культуры; [пер. с англ. Е. Г. Галагушкин, О. В. Боровая, Т. И. Вевюрко, Е. А. Жукова, О. Я. Зоткина, В. В. Рынкевич, Т. Е. Савицкая]. – М.: Юрист, 1995. – С. 7 – 131 (Лики культуры).

СЕКЦІЯ V.
АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ БІОМЕДИЧНОЇ ЕТИКИ В СУЧАСНОМУ
РЕЛІГІЙНОМУ ДИСКУРСІ

Michal Ganovsky,
Trnavska univerzita v Trnave,
michalganovsky@gmail.com

ETHICAL AND CHRISTIAN VIEW ON HUMAN NATURE IN BIOETHICS
OF TRANSHUMANISM

The article is focused on human nature from view of ethical and Christian consequences resulting from bioethical research in the field of transhumanism. The aim is to examine impact of these researches on human nature within Christian dogmatics which may be threatened by transhumanism. Knowledge, which such researches bring to us, is unambiguously enriching and contributive. However, the value of knowledge should not be a justification of devaluation of religious and ethical values. After all, the getting to know is only one of many ways of man development.

Therefore it is necessary for directing the bioethical researches to be focused to the aims which will not threaten the most intimate substance of man, thus the human nature which is often defined just by religions and ethical systems. Also Frank Spengler draws attention to this need: „Who wants to participate in this debate about mentioned dynamic development of sciences seriously must not only inform constantly himself about further development in the biologic and law field but he needs also ethical directives or sacred compass in the maze of biotechnics and gen technics“ [1, p. 5] Focus on the human nature has been chosen to spite because from view of ethics and equally also from the majority of religious views the human nature – *natura humana* – is substance of human being which not only corresponds with human dignity – *dignitatis humanae* – but also directs the man to obtaining the own dignity. We will lay appeal especially on Christian comprehension of the man which has the greatest representation in Slovak environment.

The human nature is although called into question in last years but it is not possible to deny the fact that it was immanently present during the whole development of mankind. It presented some metaphysical anchoring of the man in the world and it directed him to the good on which Zuzana Sitariňkova points out: „The human nature provides to us not only our essence but it directs our doing also on reaching the final goal for which we shall strive and in final consequence it provides to us a version of that thing what means a good human life.“ [2, p. 170] Catholic catechism perceives moreover the human nature like necessity for functioning of communities which points out also on practical function of the human nature: „Every human community needs an authority which would manage it. The authority has its basis in the human nature. It is necessary for unity of civil society. Its task is to secure, to what extent is it possible, the common good of society.“ [3, p. 473] Therefore in the contribution we perceive the human nature as a value which is important for the man and it would not be threatened unadvisedly. However, as it is stated by Renй Valбk: „According to latest bioevolutionistic tendencies in biome-

dicinal sciences directing to biotechnological applications of transhumanistic ideas onto human nature the creating of new man liberated of his frontiers up to now is possible which were determined by his *natura humana a dignitatis humanae*." [4, p. 194] The research in the field of transhumanism can be from point of view of its aims focused on various manipulations with the man, the impact, range and natural differences of which are possible to distinguish just in the field of human nature.

The transhumanistic ideas are directed to improvement of the man what, however, is possible to implement by various ways. Currently many researches deal with a possibility to upgrade the man without deeper reflection about appeals which this upgrade brings. For example, if the research is focused on creating the better man in all directions, it automatically supposes not only that the man is imperfect (what would not be directly contrary to Christian or ethical images about human nature) but that it is right away insufficient. Such directing intervenes distinctively into human dignity and it disparages downright the human nature.

In the contribution we will subordinate by means of philosophical consideration to critics the contemporaneous tendencies in bioethics of transhumanism. By their mutual comparison it points out on different approach and accepting of human nature depending on central idea or aim to which is the research subordinated. The not least part of methodology will be also focused on ethical and Christian aspects which are present in this process of knowing the truth about man and they should be accented. The capabilities of people are namely gradually enhanced but it would be dangerous to forget by who they were given to us and to whom we serve by them. In bioethics of transhumanism it is a question of manipulation with Creating which is directly concerned the Christianity, and therefore it would be unsuitable to exclude it like alternative of opinion in the field of research. Just thanks to religious and ethical objections in regard of human nature it is possible to implement the research in such way not to disturb the human dignity and not to be disparaged the status of the man. At the same time nothing entitles us to think that any human intervention into Creating will be a better solution than that which was done by Good. The researches concerning the human nature it is therefore necessary to perform with humility and respect to Good because Jyzeff Tischner wrote: „By admiration of Good sacrament we pay now only tribute to him but also in ourself we protect a reflection of his sacrament which is so hardly protected in the world of our everydayness.“ [5, p. 124]

References:

1. Spengler, F. 2002. Slovo na úvod. 5-6 p. in *Bioetika – nová výzva pre politiku a spoločnosť*. Praha: Konrad-Adenauer-Stiftung, 2002. 64 p.
2. Šítarčíková, Z. 2012. O šľachtení člověka. *Nanotechnologie, transhumanismus a lidská prirodzenost*. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2012. 201 p. ISBN 978-80-8082-560-7.
3. Katolícka Cirkev, 2012. *Katechizmus Katolíckej cirkvi*. 7th ed. Trnava: Spolok svätého Vojtecha, 2012. 918 p. ISBN 978-80-7162-895-8.
4. Balák, R. 2017. *Obraz Boha versus obraz člověka v transhumanistických biomanipuláciách*. 194-208 p. in Feber, J. – Rusnák, P. (Eds.). *Acta*

Moralia Tyrnaviensia VII. Reflexia človeka v slovanskom filozofickom prostredí. Trnava: Filozofická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave, 2017. 352 p. ISBN 978-80-568-0067-6.

5. Tischner, J. 2005. Ako žiť? Uvedenie do kresťanskej etiky. Trnava: Dobrá kniha, 2005. 124 p. ISBN 80-8081-033-8

Рассудіна К. С.,

Інститут релігійних наук св. Томи Аквінського в Києві,
rassudina.k@gmail.com

РАДИКАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ В РОЗУМІННІ КАТОЛИЦЬКИХ БІОЕТИКІВ

Католицька Церква здавна виявляла інтерес до питань медичної етики. Це зацікавлення можна помітити як у текстах офіційних документів, так і у мислителів-католиків, які досліджують біоетичні теми. Загально позицію Католицької Церкви можна продемонструвати таким чином: «захист життя від зачаття до природної смерті». Тим не менш, існують ситуації, у яких цей принцип, здається, заперечується. У даній доповіді я представлю декілька моментів, які проясняють ставлення католицьких біоетиків до радикальних підходів у лікуванні.

Передусім, варто зазначити, що для біоетики важливо, принаймні, окреслити головні принципи, які дозволяють визначити те, до чого слід прагнути в лікуванні конкретного хворого. Таким чином виникають концепції блага пацієнта. Найбільш ґрунтовні з них являють собою багаторівневі системи детальних благ. Прикладом може послужити погляд Едмунда Пеллеґріно і Девіда Томази, які пропонують прагнути не до одного якогось блага пацієнта, а до різних, у залежності від рівня. Лише нижчий з них охоплює фізіологічне функціонування організму, а також соціальний аспект – можливість хворого брати участь у спілкуванні. Другий рівень відображає суб'єктивність пацієнта. Тут благо визначається його преференціями, життєвими цілями, на третьому рівні біоетик повинен розмірковувати про благо пацієнта як представника людського роду, тобто про його прагнення до об'єктивної мети, самоздійснення. Нарешті, Пеллеґріно і Томаза враховують і духовні блага, одним із яких є стосунки з Богом. Прикладом може бути підтримка лікарем пацієнта щодо свідомого стану заради прийняття Таїнств [1, с. 91-92].

Як бачимо, підхід Пеллеґріно й Томази не можна назвати суто деонтологічним, хоча, насамперед, він говорить про безумовні обов'язки лікаря. Врахування суб'єктивного елементу пом'якшує вимогливість припису, а беручи до уваги людську природу, медик уникає перетворення на диктатора. Вищий, духовний рівень блага передбачає ставлення до пацієнта як до особи, а не як до механізму, що потребує ремонту.

Подібні міркування подає Александра Павлік, посилаючись на о. А. Філіповіча. Останній вважає, що деонтологічну настанову, відому нам від часів Гіппократа, слід доповнити. Традиційно медицина змагалася за

життя і здоров'я людини, мінімізувала чи усувала її страждання. На думку Філіповича, виконання цих вимог будь-якою ціною часто призводить до протилежних результатів і навіть до парадоксів, наприклад, до подовження агонії, або до вбивства – у тому випадку, якщо тільки воно здатне позбавити страждань. Альтернативою може стати благо, зрозуміле як турбота. В такому разі лікар матиме справу не з абстракціями, напр. хворобою чи болем, а з конкретною людиною. Стаючи партнером пацієнта, лікар бере до уваги не лише його побажання (вони не завжди бувають раціональними), але саму його людськість. Головні інструменти досягнення такого блага – не медичні технології, а емпатія й активне слухання [4, с. 89-91]. Наведена схема стосується, передовсім, свідомих та автономних пацієнтів, однак, певною мірою, співпереживання можна виявляти і до людей у стані коми.

Говорячи про благо пацієнта, я мала на увазі, насамперед, його співзвучність із цілями медицини. Як ми щойно побачили, такі цілі можуть суперечити благу. В такому разі слід говорити про необхідність їхнього корегування. Тому варто звернутися до таких розроблених у сучасній медицині понять як неефективна і наполеглива терапія.

Не всі дослідники погоджуються з функціонуванням терміну «неефективне лікування» і з наслідками його застосування, тобто можливістю відмовитися від медичних процедур, спрямованих на те, щоби пацієнт жив якомога довше. Про те, що лікування, яке відбувається за всіма правилами і принципами медицини, може виявитися марним, говорять декілька причин. По-перше, розвиток медицини як науки, медичних технологій приніс віру в те, що будь-які людські недуги можна здолати, а смерть, якщо неможливо знищити, то реально відчутно відсунути. Однак ця ілюзія розвіялася дуже швидко. З іншого боку, до виникнення теорії неефективної терапії призвели дискусії про статус суто біологічного життя і межі автономії пацієнта. Прикладом можуть бути поширення реанімації методом штучного вентилявання легень, яка часто призводить лише до подовження агонії, або ж дослідження ефективності оперування немовлят, народжених з розщепленням хребта, що були проведені 1973 року [3, с. 870].

З-поміж значимих захисників застосування теорії неефективної терапії можна назвати Л.Дж. Шнайдермана, Н.С. Джекер, Е. Пеллегріно, П. Кларка і К.М. Мікус, а також Пьотра Ашика, на міркування якого я посилаюся. Неефективним Ашик називає медичне втручання, «яке не може подовжити життя, поліпшити, зберегти або досягти задовільного стану життя; яке завдає пацієнтові шкоди, або ж після нього не можна чекати на бажані фізіологічні зміни; яке буде неефективним або ж невірним з точки зору медицини; яке, найбільш імовірно, не принесе правильних результатів і буде дуже дорогим, або ж не дасть шансу прожити довший час тощо» [1, с. 73].

Коротко кажучи, неефективною буде та дія, яка не принесе бажаних результатів (безумовно, вона вплине на організм або психіку пацієнта, але не подолає самої недуги), а до того ж вимагає високих затрат (як матеріальних, так і психологічних). Ідеться про функціональне поняття, тому і судження про те, чи варто продовжувати лікування в конкретному випадку, належить виносити разом із медиками після ретельного аналізу ситуації, а не виключно самому хворому, який, наприклад, зневірився. Так само не можна прирівняти

неефективність до економічної невідповідності певних процедур. Остання часто впливає на вибір способу терапевтичного втручання (фінансова незабезпеченість самого пацієнта або медичного закладу), однак обумовлює лише один із факторів неефективності: не будь-які, а лише доступні процедури не ведуть до бажаного результату.

Якщо придивитися до поняття неефективної терапії, можна розрізнити його якісні та кількісні аспекти. У своєму кількісному аспекті процедура є неефективною, якщо виявилася безплідною у певній кількості випадків (напр. у сотні). В якісному аспекті, на думку американських дослідників Шнайдермана і Джекер, неефективним є те лікування, яке обмежується підтримкою несвідомого життя пацієнта або робить його цілковито залежним від методів інтенсивної опіки [1, с. 88-89]. Варто зауважити, що, як би ми не підходили до питання неефективної терапії – підрховуючи випадки одужання, чи посилаючись на повернені хворому свідомість і автономію, критерії виявляться невизначеними та суб'єктивними. В одному випадку неефективність певної дії стає очевидною вже після кількох невдалих спроб її застосування, однак іноді, особливо, якщо йдеться про дуже складні, рідкісні або перспективні процедури, їх варто повторювати. Те саме можна сказати і про аспект якості: конкретний пацієнт може радіти життю, будучи прикутим до ліжка, а може засмучуватися через необхідність щоденного огляду.

Не припиняються спроби визначити більш чіткі критерії неефективного лікування, напр. Appleton Conference Project 1987-1991 років, або Звіт Президентської комісії з питань дослідження етичних проблем в медицині, біології і поведінкових науках *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment* 1983 року. Згадана комісія відзначила необхідність зважування користі та ускладнень від оцінюваної процедури, а також обрахунку рівня затрат і справедливого доступу до засобів терапії [5, с. 97]. На перший погляд, зважування користі і затрат відсилає нас до утилітаристського підходу, однак так званий пропорціоналізм узгоджується з багатовіковою традицією Католицької Церкви: «історично методом визначення користі медичного втручання була пропорція між вигодами від втручання і шкодою від нього для індивіда, родини і спільноти» [6, с. 263].

Говорячи про наполегливу терапію, слід зазначити, що першу дефініцію їй надав у 70-ті рр. XX століття французький медик Жак Бреган, визначаючи її як прагнення здолати хворобу в тих ситуаціях, коли вже немає жодної надії, особливо у випадках непритомних пацієнтів, або ж прагнення продовжувати певні втручання, коли відомо, що все вже втрачено [1, с. 151-152]. Як і термін «неефективне лікування», «наполеглива терапія» описує ті дії, від яких можна і навіть потрібно відмовитися, оскільки вони не ведуть до одужання пацієнта, а також дуже затратні, економічно невідповідні. Найчастіше йдеться, певно, про відмову від тривалої підтримки функцій організму людини, яка перебуває у стані коми через тяжке ушкодження мозку. Ще більш доречно називати наполегливим лікування пацієнта, який переживає агонію. Терапія перетворюється тут на самоціль, а благо пацієнта підмінюється благом амбітного лікаря.

Показово, що енцикліка Йоана Павла II *Evangelium vite* також застосовує термін «наполеглива терапія» і трактує її як заходи, надто обтяжливі для хворого і його родини, невідповідні результату, такі, що ведуть лише до не-

тривалого і болісного продовження життя, а тому від них можна відмовитися [7, с. 39]. Таким чином, наполеглива терапія наближується за смыслом до використання надзвичайних засобів лікування, про які я писатиму далі.

Якщо терміни, про які я говорила раніше, неефективне і наполегливе лікування, з'явилися в результаті дискусій ХХ ст., то розрізнення між звичайними і надзвичайними методами функціонує з XIV ст. Вперше його запропонував іспанський теолог Домінго Баньєс. Не сумніваючись в тому, що людина зобов'язана турбуватися про збереження свого життя, він стверджував, що існують засоби, застосування яких не є обов'язковими. Причинами відмови від певного методу терапії, на думку Баньєса, можуть бути надмірна болючість процедури, її зависока вартість для конкретного пацієнта [1, с. 46].

Приблизно в той самий час флагманський єзуїт Леонард Лессій додає до міркувань Баньєса психологічний аспект. Надзвичайними методами можуть бути не лише надто болючі або дорогі, але й принизливі, на думку пацієнта, дії. Так, надзвичайним засобом виявляється навіть огляд лікарем-чоловіком дівчини або монахині. Ще одне доповнення вносить у XVII ст. кардинал Хуан де Луго, вказуючи на те, що звичайні методи можна вважати надзвичайними у тих випадках, коли вони здатні подовжити життя на мізерно короткий термін [1, с. 46-47]. Міркування кардинала подібні до дефініції неефективної терапії.

Теологічно дозвіл на відмову від надзвичайних методів медицини ґрунтується на тому, що Бог не вимагає від людини того, що перевищує її можливості [1, с. 82]. З тієї ж причини застосування звичайних засобів є обов'язковим: нехтування ними означає неповагу до тих здатностей, якими наділив нас Бог. Згідно з Декларацією про евтаназію Конгрегації у справах віровчення (1980 р.), рішення про те, чи є певне медичне втручання надзвичайним засобом, приймається на основі вивчення його складності, вартості, імовірного ризику, а також фізичного й морального стану пацієнта [2]. Оскільки залучається суб'єктивний фактор, практичним недоліком концепції є відсутність переліків звичайних і надзвичайних засобів. Одні й ті ж процедури можна зарахувати як до першої, так і до другої групи, залежно від обставин. Однак в цьому можна побачити і перевагу концепції: вона пропонує не так готові рішення, як механізм оцінки способів дії.

Отож, ми бачимо, що сучасний погляд Католицької Церкви на радикальні методи лікування сформувався в процесі багатовікових теоретичних і практичних досліджень. З одного боку, постулюється повага до життя кожного людського індивіда, визнання його цінності. З іншого боку, земне життя не абсолютизується. До того ж, говорячи про Божі очікування, богослови не забувають і про суб'єктивний стан конкретного пацієнта. В умовах стрімкого розвитку медичних технологій, католицькі моралісти шукають шляхи поліпшення якості життя пацієнтів, особливо на етапі вмирання, які не суперечили принципам християнської етики.

Література:

1. Aszyk P. Granice leczenia. Etyczny problem odstąpienia od interwencji medycznych. Warszawa, 2006. – 207 с.

2. Kongregacja Nauki Wiary. Deklaracja o eutanazji od 05.05.1980. URL: http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_eutanasia_pl.html (дата звернення: 24.04.2019).
3. Lorber J. Severely malformed children. *British Medical Journal*. 1973. – с. 46.
4. Pawlik A. Stany terminalne a prawo pacjenta do prawdy. *Krakyw*, 2006. – 140 с.
5. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Researches. *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment. A Report on the Ethical, Medical, and Legal Issues in Treatment Decisions*. Washington D.C., 1983. – 554 с.
6. Shannon Th.A., Walter J.J. Implications of the Papal Allocution on Feeding Tubes. *Contemporary Issues in Bioethics* / ред. Shannon Th.A., Walter J.J. Lanham, 2005. – с. 263-268.
7. Йоан Павло II. Енцикліка *Evangelium vitae*. URL: http://www.pro-life.vinnica.ua/personaggi/evangelium_vitae.pdf (дата звернення: 24.04.2019).

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

ЛІКАРСЬКА ЕТИКА ТА РЕЛІГІЙНА МОРАЛЬ

Славнозвісна Клятва Гіппократа справедливо вважається першою в історії медицини лікарською присягою. Перші її рядки демонструють глибокий зв'язок з релігією, заперечуючи суто світський характер грецької медицини. Власне, лікування, що представлено в Корпусі Гіппократа, дійсно є взірцем раціонального знання. Але етичне мислення грецьких лікарів відзначалося щирим усвідомленням обмеженості саме цього раціонального знання. У трактаті «Про благопристойну поведінку» Корпусу Гіппократа написано: «... Медицина налаштована шанувати богів. Лікарі схиляються перед богами, адже в медицині немає надзвичайної могутності» [1]. Глибока віра зумовила в Клятві строгу заборону на будь-яку дію, що загрожує життю людини. Низка творів Гіппократового Корпусу декларує принцип невтручання: лікарю пропонувалося не починати лікування в безнадійних випадках [2].

Попри те, що в епоху античності клятви були звичайною справою (згадайте сентенції Сократа з будь-якого діалогу Платона, де майже кожна репліка філософа супроводжувалася клятвою). І використання клятви в процесі навчання чи після його закінчення – це виняткова приналежність саме античної культури [3].

У інших народів лікарська етика фіксувалася в інших формах, зокрема у вигляді настанов. Давньоіндійська «Чарака-самхіта» містить «Присягу ініціації», де настанови учитель закінчує словами: «Тобі слід належним

чином проявляти себе перед богами, священним вогнем, Брахманами, гуру, старцями, вченими та наставниками. Якщо ти поводиш себе з ними гідно, дорогоцінне каміння, зерно, і боги будуть благоволити тобі. Якщо будеш поводити себе інакше, втратиш їх прихильність». Вчителю на ці слова учень мав відповісти «Аміль» [4].

Серед грецьких середньовічних рукописів зберігся християнський варіант Клятви, в якому відсутній текст про вірність вчителю та медичному співтовариству (ранні християни насторожено відносилися до закритих язичницьких об'єднань, далеких від християнської ідеї всесвітнього братства), проте в ньому збережено і підсилено заборону на абортивні засоби [5].

Цілком ймовірно, що ранні християни вважали своїм обов'язком розробити власні ідеали лікарської етики. Християнський світ шанує євангеліста Луку як покровителя лікарів. Апостол Павло в «Посланні до колоссян» називає «улюбленим лікарем» (Кол.4, 14). Професіоналізм Луки видно в точному підборі термінів в описі недуг та чудесних зцілень, створених Ісусом (4,23-28; 8,43; 10,34 та інші). Знаменитий крилатий вислів «medice, cura ate ipsum!» - «лікарю, зцілися сам» належить саме Луці (4,23). Більш детальні свідчення про його життя не збереглися. Але Предання говорить ще про 70 ікон, написаних євангелістом Лукою, серед яких Корсунська Ефесьська, Ієрусалимська, Ченстоховська та інші. Ймовірно, що все життя він практикував як лікар, будучи наділений цілющою силою. Після смерті апостола Павла, з яким вони разом подорожували, він проповідував в Італії, Галлії, Далмації та Македонії. Помер Лука у віці 84 роки в 74 р. Традиційно вважається покровителем лікарів та художників [6].

Гіпократова присяга слугувала взірцем для багатьох аналогічних текстів в інших культурах. В VI ст. єврейський лікар Асаф створив свій варіант, пронизаний потужною релігійною свідомістю. Медицина для Асафа – це єдність науки, мистецтва та етики. Лише по книгам і лекціям можна вивчити наукову частину. Неможливо безпосередньо освоїти духовні принципи, на яких базуються знання, але вони сприймаються через символіку. Справжній мудрець віддає перевагу мовчанню або відкриває свою мудрість лише тим, хто здатний його зрозуміти і кому він довіряє.

Клятва Асафа досить цікава з урахуванням історичного аспекту. Відомо, що раввіни застерігали євреїв від зайвих клятв. Вважалося, що лікар, який дотримується настанов Тори, не потребує якихось додаткових клятв. «медична книга» Асафа написана на біблейському івриті, мові, яка стала анахронізмом вже до I ст. н.е. Проте, мова Талмуду – арамейська [2, с. 33]. Звідси висновок Стівена Ньюмайера: твір Асафа мав на меті розповсюдження іудейського знання та іудейської моралі в неєврейському середовищі [7]. Можливо, цим пояснюється вражаюча альтруїстична позиція автора, відображена в Клятві. Ось уривок з клятви Асафа: «... Кожне живе створіння знаходиться в Його руках... Він pomoже тобі у всіх твоїх діяннях, і ти будеш щасливим в очах інших людей... Бог – з тобою, коли ти – з Ним... Не шукай несправедливої вигоди, і не сприяй злу... Не викликай.. хворобу в людині; не поспішай калічити і не вирізати людську плоть будь-яким залізним знаряддям..., але спочатку поспостерігай, і двічі, і тричі, а потім дай пораду. Вживай заходи проти гордовитості і пихатості. Не проявляй невдоволення по відношенню до хворого і остерігайся мстивості».

У Персії, також у VI ст., на базі зороастрійських текстів створюється велика теологічна енциклопедія «Дінкард» («Діяння віри»), яка була закінчена в IX ст. і яка включає значні розділи з лікарської етики. Основними якостями лікаря вважалися презирство до грошей та богобоязливість [8].

Світ ісламу сприйняв гіппократову мораль, рівно як і присягу, упускаючи грецький політеїзм. Проте релігійний елемент в цілому збережено, і навіть посилено, зокрема в присязі сучасної Ісламської медичної асоціації Північної Америки. У присязі підноситься хвала Аллаху і засуджується ідопоклонство, яке вважається мерзотним злочином. Висловлюється прохання до Бога дати силу бути правдивими, чесними, скромними, милосердними і об'єктивними. «...Дати нам силу духу визнавати помилки, виправляти свої шляхи і прощати інших людей. Дати мудрість заспокоювати і направляти всіх до миру і гармонії. Дати розуміння, що професія медика священна, бо користується найціннішими дарами Бога - життям і розумом...». Присяга приймалася в ім'я Творця Неба і Землі. Пропонувалося слідувати завіту Бога: «Той, хто вб'є живу душу не за душу, і не за нечесття на землі, той немов би всіх людей погубить. А той, хто цю душу збереже, він немов би всіх людей вбереже від смерті» [9].

Ці клятви і настанови як етичні традиції світових релігій багато в чому схожі. По-перше, віруючий лікар має поводити себе «чисто і свято» не тільки в рамках професії, але й в особистому житті. По-друге, лікарю заборонено будь-яке посягання на життя людини, включаючи аборт і евтаназію. По-третє, щира віра наголошує на безкористливості лікаря.

Література:

1. Гиппократ. Избранные книги./ Пер. с греч. проф. В.И. Руднева. – М.: Гос. изд-во биол. и мед. лит-ры, 1936. – 736 с.
2. Staden H.v. Incurability and hopeless: the Hippocratic Corpus // *La maladie at les maladies dans la Collection hippocratique*. – Quebeck, 1990. – P.75-112.
3. Православная Церковь и современная медицина. (Сборник. Под общей редакцией к.м.н. священника Сергея Филимонова). – СПб: «Общество святителя Василия Великого», 2002. – 432 с.
4. Menon A., Haberman H.F. "Oath of Initiation"(from the Charaka Samhita)// *Medical History*. – 1970. – V.14. – P.295-299.
5. Jones W.H.S. *The Doctor's Oath*. – Cambridge, 1924. – P.22-25
6. Fitzgerald W.A. *Medical Men: Canonized Saints* // *Bulletin of the History of Medicine*. – 1948. – V.22. – P.635
7. Newmyer S. *The Oath of Asaph and its Hippocratic Original* // *Society for Ancient Medicine and Pharmacy Newsletter*. – 1989. – №3. – P.10.
8. Elgood C.L. *Medical history of Persia and the Eastern Caliphate from the earliest times until the year A.D.* – Cambridge, 1951. – P.13
9. Лопатина Н.Л. Современная актуальность медицинской этики народов мира с древнейших времен // *Научный альманах*. – 2018. – №3-3(41). – С. 241.

ДО ПИТАННЯ ГІБРИДИЗАЦІЇ ЛЮДИНИ ТА ТЕХНІКИ У КОНТЕКСТІ БІОМЕДИЧНОЇ ЕТИКИ

Розробка і впровадження новітніх технологій медицині поставило перед соціально-гуманітарними науками завдання переосмислення детермінантів і наслідків цих процесів для розвитку людського суспільства і окремої людини. Медичні практики гібридизації людини і техніки відновили дискусії про сутність людини, можливе/неможливе, припустиме/неприпустиме втручання в людську природу та межі живого і неживого.

Найвідоміші мислителі ХХ століття М.Фуко, Ю.Хабермас, Р.Барт, П.Бурдьє, М. Мерло-Понті, Ю. Кристева, Ж. Дельоз, М. Роуч та ін. розробляли та ввели в науковий обіг поняття тіла, тілесності, кордонів тіла та тілесності, досліджували проблеми соціальних практик, пов'язаних з втіленням технократичної свідомості в медицині. Осмислення проблем технологізації, зокрема технізації медицини, актуалізувало аналіз проблем сутності людини, її тіла та тілесності, в бік своєрідної реабілітації чуттєвості, через «вихід» за межі її трансцендентальної суб'єктивності.

Можна говорити, що умовно сформувалися два підходи до аналізу цих процесів, що відображають особливості поширення гедоністичної і сотеріологічної культур в сучасному суспільстві. В межах першого відстоюється необхідність максимального продовження людського життя (а, можливо, і «подолання смерті»), поліпшення її якості за допомогою втручання і зміни в природно задану тілесність людини біологічними (експерименти з геномом, клітинами і органами людини) і небіологічними носіями (кардіоімпланти, біонічні протези тощо) аж до обґрунтування доцільності реалізації евгенічних проєктів. В рамках другого, що будується на релігійній традиції, йдеться про моральні і релігійні обмеження для таких експериментів і звучить заклик не ставитися до людини як до матеріалу для дослідів, як до засобу досягнення мети, зберігати її тілесну, душевну та духовну цілісність.

Так, сотеріологічний підхід виходить з того, що тіло і матерія взагалі, має божественне походження. Взаємозв'язок та співвідношення частин, органів і функцій людського тіла не може бути поставлено під сумнів, оскільки створено Богом. Душа і тіло не є чужими елементами, з'єднаними в індивідуумі лише на якийсь час, але дані одночасно і назавжди в самому акті творіння: душа «заручена» з тілом і нерозлучна з ним. Тільки сукупність душі і тіла є повноцінною особистістю-іпостассю: всяке розумне буття безсмертне і не може зникнути [1]. Інший же підхід виходить з того, що тіло – це матеріальний об'єкт, що має просторові межі у вигляді шкірного покриву, а також особливості зовнішнього вигляду і будови, у нього є і часові виміри, найголовніша межа тіла – це завершення людського життя. А розуміння меж тіла як припустимої можливості їх змін окреслюються та визначаються культурою, соціальними інститутами, професіоналами [2]. Тілесність розглядається як модус тіла, сполученість

чуттєвості і думки. Тілесність, теоретично включаючи в себе два полюси бінарної опозиції душа і тіло, формує єдиний простір, що дозволяє вивчати в природній цілісності природні, психологічні та соціокультурні маніфестації людської сутності [3]. Узагальнюючи, під людським тілом пропонується розуміти біофізичний рівень структури людини, під тілесністю ж – психобіофізичний. Досвід (даність досвіду), який формує культуру і обумовлює реалізацію культурних імперативів, і нейрофізіологічні особливості людини - перцепція, когнітивні операції, операції пам'яті, свідомість – все це взаємопов'язане з людським тілом і багато в чому обумовлено його будовою [4].

Уявлення про межу людської тілесності, як і ступінь можливої її деформації, історично рухоме і змінювалося під впливом практичної і наукової діяльності людини, рівня поширеності релігійної традиції. Рухливість цієї межі в історичній ретроспективі значною мірою визначалася розвитком медичного знання і науки. Досить згадати приклади медичних практик давньоіндійських хірургів (аутопсія, ринопластика), зубне протезування у етрусків, множинні види деформацій тіла (враховуючи ампутації) у народів Америки тощо. Боротьба з хворобою, болем, стражданням і співчуття завжди були культуруотворюючими складовими людського суспільства. І дозвіл, зокрема церквою, лікарям на проведення аутопсії з кінця 17 ст., стало поворотним моментом у зміні уявлення людини про себе, межі своєї тілесності і зростанні ролі в цьому наукового медичного знання. Медицина, виходячи за межі «непрхідної» межі, розриваючи уявлення про можливе і неможливе, припустиме та неприпустиме, надалі переважно спиратиметься на наукове та технократичне мислення. Водночас, вона и поставить питання про необхідність розробки нової етичної системи (само)регулювання – біомедичної етики. Не дивлячись на культурний і етичний плюралізм сучасних суспільств, в них формується на рівні суспільного договору певне рівноважне уявлення про межі людської тілесності і про ступінь припустимої її деформації. Це рівноважне уявлення при всій удаваній хиткості залишається стійкою складовою людської ідентичності.

Завданням роботи є проаналізувати і узагальнити в контексті біомедичної етики медичні практики порушення природно заданих меж людського тіла використанням технічних рішень, розуміючи під технікою узагальнююче найменування складних пристроїв, механізмів, систем. Предметом розгляду є етичні проблеми деформації тілесності на рівні людина – машина, спрямованих на врятування життя людини (без яких функції організму людини обмежені в порівнянні з його природньою заданістю або він не може вижити) і є продовження людського тіла.

Серед безлічі видів з'єднання і зрощення тіла та небіологічних компонентів технічного характеру слід виділити ті, що найбільш широко використовуються: системи діагностики і підтримки життєдіяльності людини, біонічні (біоелектричні) протези, кардіоімпланти, імпланти для відновлення зору і слуху, нейрокомп'ютерні інтерфейси тощо. Застосування зрощування тіла і техніки в медицині супроводжується створенням зон нестабільних станів (вже не життя / ще не смерть) і етично напружених ситуацій на етапі:

- початку людського життя, наприклад, консервація і забезпечен-

ня умов тривалого збереження репродуктивного біоматеріалу (з реклами: «Центр «Ембріон» оснащений всією необхідною технікою»);

- вмирання і смерті (апарати підтримки життєдіяльності, фіксації смерті);
- забезпечення якості життя;
- розширення природно заданих можливостей людини.

Тут ми спостерігаємо обопільно спрямований пошук, з одного боку, кіборгізацію - з'єднання і імплантацію небіологічних систем в тіло людини, з іншого, використання в цьому біонічних рішень, тобто на основі створення штучних моделей з урахуванням особливостей функціонування живих систем. Водночас, розширюється коло біоправових і біоетичних проблем використання інтерфейсів одно- і двонаправленої інформації і передачі даних в контексті розробки і застосування мікроелектроніки та нейрокомп'ютерних інтерфейсів. Йдеться про вихід на психобіофізичний рівень структури людини, вплив на самоідентифікацію людини (біологічну, психологічну), зміну сприйняття меж свого тіла та себе. Створююся можливості маніпулювання свідомістю і поведінкою людини третіми особами, порушуючи право пацієнта на автономію.

Сьогодні вже широко обговорюються та існує досвід протезування («розумні протези») з метою посилення природних функцій людини (слух, зір, швидкість руху) в немедичних цілях, зокрема й за рахунок прямого підключення нервової системи людини до комп'ютерів. Водночас впровадження технологічних новацій в медицину розширили можливості боротьби за здоров'я людини, поліпшення якості її життя і супроводжується зростанням витрат на розвиток медичної галузі, її комерціалізацією і, як наслідок, соціальною диференціацією з точки зору доступу до нових медичних рішень.

Гібридизація людини та машини актуалізує проблеми соціального статусу таких людей. Так, в межах гіпотези ефекту «зловісної долини» вони можуть бути стигматизовані, викликаючи неприязнь і огиду у інших. Так, переступаючи звичні уявлення про межі людської тілесності, можливого/неможливого, порушуються «кордони» культури. Ю.Кристева пише: «Грубе і різке вторгнення чужорідного ... тепер мучить і невідступно переслідує мене як абсолютно чуже, окреме і мерзенне. Є «щось», яке я ніяк не можу визнати в якості чогось визначеного ... Це на кордоні неіснування і галюцинації, але і реальності, яка, якщо я її визнаю, знищить мене. Огидне і відраза - та огорожа, що утримує мене на краю. Опори моєї культури» [5, с. 37].

Висока ймовірність супроводу застосування нових технологій в медицині стигматизацією груп пацієнтів, появою груп людей з поліпшеними «природними» можливостями, зростанням нерівності в зв'язку з комерціалізацією галузі можуть стати факторами суттєвої трансформації соціальної стратифікації сучасного суспільства і соціальної напруги.

Оформлення таких понять як кіборгізація, біоніка, трансгуманізм, ефект «зловісної долини» і, врешті-решт сама біоетика, та смислів, що стоять за ними є спробою соціогуманітарних наук осмислити зростаюче значення в житті сучасної людини рішень на основі прийняття/неприйняття об'єктів (моделей) взаємодії біологічних і небіологічних компонентів, зокрема з приводу свого здоров'я, з точки зору їх значення і наслідків для людського суспіль-

ства і окремо взятої людини. Плюралізм етичних систем сучасних суспільств ускладнює перенесення регулювання цих питань на рівень законодавства. Суспільство повинно буде визначитися: в системі яких ціннісних координат воно буде регулювати ці відносини.

Література:

1. Митрополит Иларион (Алфеев) Таинство веры. Введение в православное догматическое богословие / [Электронный ресурс] – Режим доступа (от 11.05.2019): https://azbyka.ru/otechnik/Illarion_Alfeev/tainstvo-very-vvedenie-v-pravoslavnoe-dogmaticheskoe-bogoslovie/5_2 (заглавие с экрана)
2. Ярская-Смирнова Е., Романов П. Границы тела: биовласть публичной анатомии / [Электронный ресурс] – Режим доступа (от 11.05.2019): https://www.nlobooks.ru/magazines/teoriya_mody/30_tm_4_2013/article/10752/ (заглавие с экрана)
3. Цветус-Сальхова Т.Э. «Тело» и «Телесность» в культурологических исследованиях / [Электронный ресурс] – Режим доступа (от 11.05.2019): <https://cyberleninka.ru/article/n/telo-i-telesnost-v-kulturologicheskikh-issledovaniyah>;
4. Еременко-Клаузер А. В. Тело и телесность / [Электронный ресурс] – Режим доступа (от 11.05.2019): <https://cyberleninka.ru/article/n/telo-i-telesnost> (заглавие с экрана)
5. Кристева Ю. Силы ужаса: эссе об отвращении. – СПб.: Алетейя, 2003. – 256 с.

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

ПРОБЛЕМИ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ БІОМЕДИЧНОЇ ТА РЕЛІГІЙНОЇ ЕТИКИ У ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ

Сучасний світ характеризується бурхливим техніко-технологічним, інформаційним розвитком, у якому дедалі більшої актуальності набувають дослідження, зокрема, у медичній сфері. Стрімкий розвиток медичних та біомедичних технологій спонукає фахівців до розв'язання неоднозначних ситуацій, коли від їх компетентних суджень залежить не лише проблема збереження здоров'я людини, а часто і її життя та доля, які є одними з базових цінностей цивілізованого суспільства. Сучасна медицина за останні десятиліття зробила значні кроки уперед у сфері сучасних методів діагностування, генної інженерії, репродуктивних технологій, досліджень над ембріоном людини, донорства, переливання крові, трансплантології, модифікації тіла, імплантології, випробування фармацевтичних препаратів тощо. Ці та інші проблеми потребують уваги медиків, юристів, богословів. На сьогодні наукові досягнення у медичній галузі здатні значно контролювати демографічний склад населення, економічний розвиток держави.

Так, у сфері прийняття рішень про продовження життя людини маємо враховувати особисті переконання хворого у випадку його смертельного захворювання. Ким постає лікар у цьому випадку – милосердним служителем в ім'я життя пацієнта чи убивцею? У сфері штучного запліднення стикаємося з моральною дилемою: життя людини - дар Божий чи один з можливих варіантів народити власну здорову дитину за допомогою сучасних репродуктивних технологій? На даному етапі розвитку науки процес зародження нового життя дещо втрачає сакральний зміст. Що важливіше: особисте благо пацієнта, його право на самостійний вибір чи спрямованість на смиренну залежність від Божої волі? Що є нормою у цих випадках? Сьогодні значної уваги набуває проблема вирішення саме тих міждисциплінарних питань, які не вирішуються однозначно і потребують індивідуального підходу у кожному конкретному випадку; ґрунтуються на принципах наукової компетентності, фахової відповідальності й чесності.

Сучасне суспільство характеризується поглибленням комунікативної та культурної взаємодії між націями, державами, континентами. Тому стирання інформаційних, світоглядних, релігійних кордонів не лише розширює горизонти світосприйняття, самоусвідомлення, а й сприяє нарощенню наукової, науково-технічної, культурної бази.

Проблему гуманізації життя людини слід розглядати міждисциплінарно. На думку видатного українського хірурга М.М. Амосова, є дві професії, де любов до людини є обов'язковою – професії лікаря та вчителя. Він радив випускників, у яких відсутня означена якість, влаштувати в НДІ, лабораторії та ін., але не допускати до роботи з пацієнтом, тобто до практичної лікувальної діяльності [1, с. 115]. Тим самим, професія лікаря передбачає не лише дбайливе виконання власних професійних обов'язків, а й розвинену духовну сферу, здатність до емпатії. Відсутність у студента, а згодом і у фахівця спрямованості на розвиток психологічної компетентності і комунікативних якостей провокує нездатність розібратися не лише у непростих фахових завданнях, а й у сферах, де необхідним є залучення людських якостей.

Цю ідею висловив також митрополит Антоній Сурожський (А.Б. Блум). Маючи медичну освіту, він наголошував на особливому ціннісному дискурсі медицини та значення її ролі у житті людини. Цитуючи його: «я думаю, медицина як галузь людської діяльності займає особливе місце саме тому, що наука в ній поєднується з цінностями, підходом, що не мають нічого спільного з наукою. В основі лікарського підходу – співчуття, а співчуття за самою своєю природою ненауково... Медик, якщо він тільки людина науки, здатний холодно, холоднокривно, безпристрасно робити те, що потрібно, без жодного відношення до пацієнта, медик, для кого головне не пацієнт, а дія – лікування, будь це лікарське лікування, хірургічне втручання або інші методи, – не медик в тому сенсі, в якому я сподіваюся, я хотів би, щоб ми всі думали про медицину» [2, с. 27-28].

Недаремно ще з далеких часів зародження християнства у Київській Русі при монастирях організовувалися лікарні. Добродійність, турбота, прояви милосердя про хворого, нужденного лягала на плечі черниць та ченців. Медична освіта у той час при монастирях передавалася у спадок. Тому чернецтво

було служителем не лише релігії, віри, провідником формування духовності, а й займався лікуванням. На увесь світ відома постать нашого сучасника, святителя Луки (В.Ф. Войно-Ясенецького), відомого лікаря та релігійного філософа. Поєднання ним цих двох споріднених професій є не випадковим, адже служіння людині, її блага, збереження духовного і тілесного здоров'я є наріжним каменем і релігії, і медицини. В.Ф. Войно-Ясенецький виходив з розуміння людини як єдино тілесної, душевної та духовної істоти і дав таке пояснення духовному в людині: «... необхідно визнати, що, окрім мозку, має бути й інший, значно більше важливий та могутній субстрат пам'яті. І ми вважаємо таким субстратом дух людський, в якому навіки зберігаються всі наші психофізичні акти» [3, с. 136].

Ідею холізму щодо розуміння природи та сутності людини запропонував її фундатор А.Гальєрс. Ця ідея є особливо актуальною в наш час, оскільки наголошує на нерозривній єдності людського організму (гармонійній єдності тілесної, душевної та духовної організації) й неможливості абсолютизації жодної з його складових. Ця ідея є гуманною за своєю суттю, оскільки нею передбачається врахування індивідуальних особливостей кожної людини, що особливо актуально в медицині та біоетиці. Розумна людина повинна дбати як про своє тіло (організм), так і про свій дух, психіку. Така думка побутувала і в давньогрецьких полісах, наприклад, у Афінах, де освіта молоді передбачала органічне поєднання розумового, естетичного (зокрема, музичного) і фізичного розвитку. Та й в інші часи всі видатні мислителі підкреслювали вагоме значення у житті людини не тільки розумової, а й духовної праці. Так, філософи та богослови вважають, що тіло людини не є чимось відокремленим від її «я». Воно становить невід'ємну вагому частину цілісності особи, є умовою її життя у світі [4, с. 203]. Знаний філософ, психолог, логотерапевт В.Франкл відповідно до персоналістичних підходів стверджував, що людина існує у трьох вимірах: тілесному, душевному і духовному, зробивши висновок, що «навіть плоть людини завжди несе відбиток її духу» [5, с. 52]. Значна частина мислителів, філософів, медиків зауважує, що важливо лікувати не хворий орган або хворобу, а організм в цілому. Особливу увагу потрібно звертати на психологічний стан індивіда та спрямованість людини на одужання. Поза усіяким сумнівом, лікар повинен відчувати пацієнта і здійснювати його психологічний супровід упродовж усього курсу лікування та одужання. Формування персоналістичної біоетики передбачає урізноманітнення поведінкового репертуару лікаря та пацієнта, що має на меті порозуміння й знаходження якнайкращих методів та способів організації процесу лікування хворого [6, с. 106; 108]. Орієнтація на утвердження персоналістичних підходів у медицині передбачає урахування інтересів пацієнта, бачення його особистості як повноцінного, повноправного учасника у процесі одужання. Це створює оптимістичні передумови до посилення значення застосування здоров'яцентричної парадигми у медицині й утвердження принципу її гуманізації. Вищезначені підходи дають можливість сформувати цілісне бачення лікарями життя та здоров'я людини як найвищої цінності [7].

Бурхливий розвиток наукоємних технологій з небаченим раніше посиленням свободи совісті викликає стурбованість міжнародної наукової

спільноти, фахівців різних профілів, духовенства. «У суспільстві без моралі» (З. Бауман) його духовний розвиток значно поступається сучасним науковим винаходам. Тим самим фахівець, своїми професійними діями може порушити норми універсальної моралі. Тому особливої ваги набуває особистий вибір людини. Саме з цих причин Іван Павло II наголошував на десакралізації життя людей: «Дехристиянізація, яка болісно торкнулась багатьох народів і суспільств, у яких колись процвітала віра і християнське життя, не тільки зумовлює втрату віри, але й неухильно призводить до розладу і знецінення морального змісту, зникнення із свідомості неповторного характеру євангельської моралі, позбавлення її фундаментальних засад і цінностей» [8, с. 11].

Сучасну наукову спільноту турбує проблема формування особистості майбутнього фахівця на гуманістичних засадах. Саме тому у системі вищої медичної освіти запроваджуються обов'язкові курси такі, як «Безпека життєдіяльності; основи біоетики та біобезпеки», елективні: «Філософські проблеми у медицині», «Філософські проблеми наукового пізнання», «Етика», «Естетика», «Основи християнської етики та моралі», «Основи ісламознавства» та ін., завдяки яким значно розширюється і збагачується особистий та професійний світогляд майбутнього медика.

У процесі навчання у ВНМЗ студент – майбутній фахівець має змогу порівнювати особистий професійний образ зі сформованим і цілісним образом наставників, оскільки саме в цей час закладаються основи його майбутньої професійної майстерності та моралі, формування його ціннісно-світоглядної і духовної сфер. Професія медика передбачає не лише зацікавленість у відмінній моральній налаштованості на майбутнє, а й уміння бачити позитивне навіть у нестандартних життєвих ситуаціях, ситуаціях непростого вибору. Мають значення непрямі фактори: професійне мовлення, доречне та зрозуміле для пацієнта, чіткість у висловлюваннях, носіння медичного одягу, охайність та ін. Поняття духовності людини пов'язується з такими екзистенціалами людського буття, як відповідальність, сумління, з вірою (не обов'язково і не тільки у релігійному контексті), увяленнями про своє призначення, смисл життя і професійної діяльності тощо. Зрощення власної духовності, відповідальності – складний тягар, який бере на себе людина, оскільки вона – особистість. Проте, саме духовність, виборювати яку людина повинна щохвилинно, протягом всього життя, – є основним її здобутком. Динаміка становлення студента як фахівця та особистості залежить від його соціального, комунікативного, професійно-творчого та особистісного досвіду, емоційно-психологічного сприйняття отриманих результатів власної життєдіяльності, вміння узгоджувати особисті інтереси та прагнення з суспільними нормами, вимогами, запитамі. Як відомо, одні цінності сприяють духовному піднесенню, розкриттю задатків та здібностей, поступовому й цілеспрямованому духовному зростанню, інші ж – призводять до особистісної деградації.

В.Франкл наголошував на тому, що у кожній людині є її власний курс, даний лише їй і саме вона повинна його реалізувати, не упустити шанс його здійснити, інакше її можливість самоздійснення втратиться назавжди [5, с. 184]. Фахівці з філософської антропології вважають, що духовність гуманна за своєю природою й пов'язують прояви духовності з гуманістичною

спрямованістю поведінки людини, осмисленим існуванням особистості. Справжній гуманізм можливий лише на основі духовності, а духовність - це активний гуманізм свідомої діяльної людської істоти. Її також визначають як формуючу силу, що дозволяє особистості організувати себе і облаштуватися у зовнішньому світі [9, с. 35].

Актуальним завданням викладачів ВНЗ є стимулювання пізнавальної, творчої, комунікативної, ціннісно-сислової сфер студентства, допитливості, формування широкої світоглядної позиції, цілісних системних уявлень про світ, суспільство, умови існування та власне місце у світі. Завданням викладачів є не просто навчити, а й створити умови для формування спеціаліста певної сфери, гармонійної особистості, здатної до самоусвідомлення, цілепокладання, орієнтованої на самовдосконалення протягом всієї життєдіяльності в особистій, професійній сферах, нарощення особистої та професійної культури й компетентності. Тому навчання у ВНЗ повинне ґрунтуватися не лише на набутті професійних, професійно-творчих компетенцій, а й бути насиченим антропоцентричною проблематикою, релігійною етикою доброчинності і служінню людству.

Література:

1. Амосов Н.М. Мысли и сердце / Н.М. Амосов. – Донецк: Сталкер, 1998. – 262 с.
2. Антоний (Блум), митрополит. Человеческие ценности в медицине / Антоний (Блум) // Труды. – М.: «Практика», 2002.
3. Войно-Ясенецкий В.Ф. Дух, душа, тело. / В.Ф. Войно-Ясенецкий // Наука и религия. – Ростов-н-Д., 2001.
4. Теоретичні проблеми сучасної етики: навч. посіб. для студ. ВНЗ / [Т.Г. Аболіна, І.В. Васильєва, А.М.Єрмоленко та ін.]. – 2-ге вид. переробл. та доповн. – К.: ВД «Авіценна», 2013. – 344 с.
5. Франкл В. Человек в поисках смысла: / В. Франкл // Сборник: Пер. с англ. и нем. / Общ. ред. Л.Я. Гозмана и Д.А. Леонтьева; вст. ст. Д.А. Леонтьева. – М.: Прогресс, 1990. – 368с: ил. — (Б-ка зарубежной психологии).
6. Терешкевич Г., Васильєва І. Проблема статусу ненародженої людини в контексті біоетики: державо-правовий аспект / Г. Терешкевич, І. Васильєва // Ефективність державного управління. Збірник наукових праць. – 2012. – Вип. 30. – С. 104-109.
7. Васильєва І.В. Філософські аспекти гуманізації та гуманітаризації вищої медичної освіти в контексті сучасної парадигми здоров'я / І.В. Васильєва, Л.В. Білецька // Політологічний вісник. – 2012. – Вип. 60. – С. 123–131.
8. Іван Павло II. Апостольське послання / Іван Павло II // «Veritatis splendor». – Ватикан, 1993.
9. Ярошевець В.І. Історія філософії: від структуралізму до постмодернізму: підручник / В.І. Ярошевець. – К.: Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2008. – 263с.

ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ОРГАНІВ: БІОЕТИЧНИЙ АСПЕКТ

Стрімкий розвиток медицини протягом ХХ століття дозволив не тільки рятувати життя хворим, чиї органи внаслідок хвороби або травми знаходилися на грані відмови, а й поставив перед медичною спільнотою низку етичних питань. Зокрема мова йде про трансплантологію, яка починаючи з 1954 року отримала вагомий імпульс для майбутнього розвитку. У 80-х роках ХХ століття з початком широкого використання імуносупресорів рівень виживання пацієнтів виріс значною мірою, дозволивши лікарям здійснювати більше пересадок органів. Водночас разом із цим виникла низка проблем як медичного характеру – кількість донорських органів є завжди меншою за кількість пацієнтів, що очікують на пересадку, так і етико-релігійного – чи варто в умовах обмеженості ресурсів займатися хоч і високотехнологічними, але в той самий час вартісними дослідженнями, які принесуть користь малій кількості пацієнтів? Де знаходиться межа між життям і смертю і чи етично використовувати органи померлої людини, навіть якщо це може врятувати життя іншій?

Трансплантація від живих пацієнтів передбачає обмежену кількість органів, які можна пересадити пацієнту. Мова, насамперед, йде про нирку, частину печінки, кістковий мозок, шкіру. Зрештою трансплантація нирки саме від живого донора, здійснена доктором Джозефом Мюрреєм, стала першою вдалою трансплантацією нирки. Разом із цим з'явилися проблеми етичного характеру – така трансплантація несе ризики для донора, адже без парного органу або без частини непарного людини більшою мірою стає вразливою для зовнішніх чинників і потенційно може призвести до різних форм розвитку патологій. Такі наслідки для донора однозначно ідуть у розріз з одним із основоположних етичних принципів медицини «не нашкодь», хоча безумовно дана шкода робиться з метою порятунку життя іншої людини. Та порушення принципу «не нашкодь» з етичного боку виправдовується правом донора пожертвувати власний орган чи його частину заради порятунку іншого, виходячи з почуттів любові до ближнього, співчуття або альтруїзму.

Релігія в цілому позитивно ставиться до добровільної пожертви органу або тканини для порятунку життя іншого. Зокрема, буддисти вважають, що це питання особистого вибору, хоча загалом підтримують донорство органів. В іудаїзмі, Християнстві, Ісламі поширені аналогічні морально-етичні постулати, більше того таке донорство не просто вважається особистим вибором кожного, а й заохочується. Причому у випадку з іудаїзмом заохочується не тільки прижиттєве, а й посмертне донорство.

Перманентний дефіцит органів та тривале перебування хворих в листі очікування, частина з яких просто не доживали до часу отримання необхідного їм органу, дали поштовх таким напрямам трансплантології як пересадка маргінальних органів та посмертна трансплантація. У першому випадку мова

йде про пересадку органів, які не підпадають під критерії придатності й стосовно яких застосовуються так звані розширені критерії. Зокрема, маргінальними є органи взяті у померлого донора старше 60 років або у донора старше 50 років, але який при житті мав інсульт, гіпертонію або страждав на порушення функціонування нирок. Головною проблемою у випадку трансплантації маргінального органу є той факт, що користь від такої пересадки для пацієнта зменшується, а отже і очікувана користь для останнього є досить сумнівною. Не меншою етичною дилемою є і такий аспект як інформування хворого – чи має він знати, що орган, який йому збираються пересадити є маргінальним. З одного боку правда може викликати стрес і навіть цілком обґрунтовані сумніви в необхідності такої операції, а з іншого – може розцінюватися і як елемент психологічного тиску на хворого, якщо він розуміє (або точно знає), що в найближчому майбутньому іншого доступного для нього органу просто не буде.

Трансплантація органів померлого донора хоча і дозволяє отримати вкрай необхідні і дефіцитні органи та тканини, але ставить перед нами нові морально-етичні проблеми. По-перше, щоб вилучити органи у людини, у якої діагностовано смерть мозку, необхідно абсолютно точно виключити помилку при встановленні факту смерті мозку. По-друге, лікарі, які встановлюють діагноз, жодним чином не мають бути пов'язані з майбутньою пересадкою, інакше ми стикаємося з конфліктом інтересів та обґрунтованими підозрами в тому, що лікарі спеціально могли діагностувати смерть мозку. По-третє, з релігійного погляду питання життя та смерті у випадку смерті мозку залишається відкритим, оскільки не всі релігії (або окремі конфесії) погоджуються з тим, що смерть мозку означає смерть людини та вихід її душі з тіла. І нарешті, по-четверте, законодавство різних країн та їх юрисдикцій по-різному вирішують питання забору органів після смерті людини.

З правової позиції нині варто виокремити два дзеркальних принципи, що застосовуються у більшості держав: це презумпція згоди та презумпція незгоди на посмертне донорство. У першому випадку Закон дозволяє лікарям після смерті пацієнта вилучати органи та тканини для подальшої пересадки, якщо тільки за життя людина офіційно не повідомила відповідні установи про своє небажання бути таким донором. На противагу презумпція незгоди передбачає, що за замовчуванням вилучати органи після смерті не можна, але ситуація змінюється, якщо пацієнт за життя надав офіційну згоду на донорство або таку згоду дали родичі померлого після його смерті.

Обидві правові системи мають свої переваги та недоліки, які по суті є віддзеркаленням одна одної. Презумпція згоди потенційно забезпечує більшу кількість донорського матеріалу та зменшує кількість бюрократичних процедур на які витрачається час. Натомість презумпція незгоди захищає право людини розпоряджатися власним тілом та зменшує ризики зловживань, такі як торгівля органами. До минулого року в Україні посмертне донорство де факто не розвивалося через низку юридичних перепон, проте у 2018 році Верховна Рада легалізувала посмертне донорство, запровадивши принцип незгоди за якого громадянин має право необмежену кількість разів змінювати свою волю, надаючи згоду бути донором органів та тканини посмертно, або відкликати свою попередню згоду на посмертне донорство.

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ: ФІЛОСОФСЬКО-РЕЛІГІЙНІ ПОШУКИ

Ще з часів Відродження виокремлювалося поняття особистості, як морально-етичної категорії, що передбачала усвідомлення людиною своєї здатності до відповідальності за власні вчинки та їх наслідки. Для цього людина мала розділяти добро і зло й не лише розуміти різницю між ними, а й усвідомлювати її (навіть у медичній сфері прийнято вважати, що людина не відповідає за ті вчинки, які вона не усвідомлює, наприклад, психічно хворі). Між тим, ще Д. Дідро наголошував на динамічності світу, який безупинно народжується і одночасно вмирає. У цьому безперервному процесі трансформуються потреби людини, а від так і уявлення про добро і зло. При цьому відбувається внутрішня кореляція особистого з колективним (суспільними потребами та загальним прийняттям хорошого/допустимого і поганого/неприпустимого). Ще К. Гельвецій аналізував єдність особистих і громадських інтересів, які зумовлюють зв'язки між людьми. Чим більш людина амбіційна, чим більш пов'язує свої інтереси з суспільними потребами, тим активніше її просування в кар'єрній ієрархії, а отже й міра відповідальності зростає. Про міру справедливості й відповідальності влучно зауважував ще В. Мономах, коли звертав увагу на те, що разом з отриманням влади зростає відповідальність, а запорукою справедливості є знання. Вищезазначені мислителі, як і багато інших, акцентували увагу на індивідуальній відповідальності перед суспільством і Богом людини – особистості.

Відповідальність стала центральною темою таких наукових розвідок, які виявились цікавими і для нас: К. Лейк «Рівність і відповідальність» (2001), Д. Міллер «Національна відповідальність і глобальна справедливість» (2007) та А. Янг «Відповідальність за справедливість» (2011).

Будь-яка людина може вивчати історію як досвід людства, чи біографії окремих визначних постатей як досвід окремих особистостей та вчиняти, враховуючи помилки й успіхи інших. Але навіть при таких додаткових знаннях кожна особистість у думках, ідеях та вчинках спирається, передусім, на власний досвід. Зрозуміло, що це продиктовано особливими відтінками проблем, які пропонує кожній людині її життя, взаємозв'язки і взаємовплив з іншими людьми (наша поведінка не задається на біологічному чи генетичному рівні, наприклад, діти-мауглі так і не стають людьми у повному розумінні терміну). Натомість, навіть немовля має свободу вибору погоджуватися чи ні на ту чи іншу дію, що направлена на нього. Зрозуміло, що дорослі у більшості випадків не прислуховуються до бажань малечі – це продиктовано досвідом, прагненням зробити як найкраще. «Ламання» маленької людини «під себе» (свій образ і подобу) спрямоване на створення її, з одного боку, зручної для родини (слухняної), з іншого, гнучкої для суспільства (комунікабельної, соціалізованої), тобто зосереджується увага на так званих соціально значущих рисах. Процеси усвідомлення навколишнього та себе й свого місця в світі спрямовують дитину

до прийняття її «ламання» як корисного й необхідного. Тепер вона осмислено погоджується на виховання й навчання. Мусимо погодитися із багатьма філософами, які вважають, що саме ця свобода вибору від народження і робить людину або людиною, або недолюдком. Ознакою цієї свободи вибору є відповідальність, навіть у випадках бездіяльності, оскільки це теж був власний вибір. Нагадаємо, що мова йде про моральну відповідальність, а не юридичну, оскільки ми розглядаємо особистість, а не особу.

Отже, від людини залежить її змінюваність, проте від неї не залежить власне існування. З одного боку, вона приречена бути (народжується незалежно від власної волі, не вирішує питання свого життя чи смерті). З іншого, вона обмежена в своєму існуванні, і може неймовірними зусиллями лише подовжити тривалість життя (самотрансценденція – вихід за власні межі як в мисленні, так і в дії). Людина здатна долати межі свого існування через віру, надію, любов.

У своєму дослідженні ми намагалися проаналізувати відповідальність на різних етапах усвідомлення людиною віри у Бога. Так, в процесі дослідження нами було виокремлено три віхи еволюції відповідальності сучасної людини, яка заглиблюється у ту чи іншу віру.

На наш погляд, на першому етапі людині властиве перекладання відповідальності за все, що відбувається в її житті на Бога. Наприклад, трапляється якесь лихо чи вчинено якийсь злочин, чи просто негідний вчинок – людину вважають негідником та уникають підтримувати стосунки з нею. Натомість, прагнучи повернутися у зону комфорту й визнання, людина починає стверджувати, що на все була Божа воля, і це не вона погана, і це випробування для всіх інших. Тепер людина не негідник, а горда «рука волі Господньої».

На другому етапі, дещо схожому на демокритівську ідею позиції власного морального відношення: відповідальність як внутрішня якість людини. Визнання провини за певний вчинок породжує розуміння проблеми, що в свою чергу спрямовує до власної відповідальності. Не батьки, вихователі й вчителі вдалися до проступку, навіть, якщо й деструктивно вплинули в минулому, а «Я». Минуле не змінити. Подія відбулася. Пробачити себе, відпустити й працювати з тим, що є. Відповідальність за моє життя лежить на мені, а Бог – мені в поміч (роблячи вибір діяти за вказівками Бога, людина не лише полегшує своє життя, а й розширює межі своїх можливостей – розкриває двері у трансцендентну сферу). Віра вказує людині «шлях життя» (формує життєві установки та спосіб поведінки). Віра спрямовує людину до відповідності особистого устрою фундаментальним принципам світу, дає точку опори у тій мірі, в якій вона проривається з полону думок і переживань, пов'язаних з її повсякденними турботами про виживання, прагне до вічних початків усього.

На третьому етапі, на нашу думку, людина починає усвідомлювати вдячність Богу і необхідність творчої відповіді (усвідомлення своєї богоподібності). Саме ця творча відповідь і накладає на людину основний тягар відповідальності. На цьому етапі людина відповідальна не стільки перед іншими людьми, скільки перед власною совістю і Богом.

Висновки. Єдиний можливий засіб поліпшення суспільства і особливо

рівня відповідальності – освіта і виховання, що будуть спрямовуватися до душі, моралі особистості, яка повинна мати страх божий у серці, пам'ятати про тяжкість гріха, творити добро і справедливість.

Лапутько А. В.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
belogortseva@ukr.net

ПРОБЛЕМА ЗДОРОВ'Я ТА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В КОНТЕКСТІ ХРИСТИЯНСЬКОЇ ТРАДИЦІЇ

Одним із важливих завдань сучасного українського суспільства є формування культури здоров'я, здорового способу життя. Проблема полягає в тому, що незважаючи на визначення здоров'я однією з вищих цінностей, фундаментальним правом кожної людини, життєва позиція, поведінка багатьох наших співвітчизників, особливо молоді свідчить про неадекватність розуміння цього питання. У зв'язку з цим, а також враховуючи зростання релігійності населення України, важливе значення у формуванні здорового способу життя українців має звернення до духовних традицій нашого народу, зокрема християнської релігії.

Як відомо, за визначенням ВООЗ здоров'я – це стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних вад". Основними факторами, що мають найбільший вплив на здоров'я людини постають: спосіб життя (51-52%), стан навколишнього середовища (20-21%), біологічні чинники (19-20%), медичні чинники (9%) [1, с. 29]. Спосіб життя як соціальна категорія позначає взаємодію умов життя індивіда у широкому значенні з індивідуальною та моделлю поведінки, яка визначається соціокультурними факторами та особистісними особливостями.

У тлумаченні впливу способу життя на здоров'я людини І. В. Васильєва виокремлює інвайронментальні та біхевіріальні підходи. Якщо представники інвайронментального підходу акцентують увагу на соціальних умовах життя людей, зокрема, проблемах бідності, зумовленості відтворення нерівностей у здоров'ї макросоціальними чинниками тощо, то представники біхевіріального підходу – на стилі життя, поведінці, пов'язаній зі здоров'ям, подоланні різноманітних факторів ризику (зловживання алкоголем, наркоманії, куріння тощо)[2, с. 49]. На думку авторки, застосування міждисциплінарних підходів дозволяє представити інвайронментальні та біхевіріальні підходи не як взаємовиключні, а як взаємодоповнюючі, оскільки вони акцентують увагу на різних аспектах способу життя людей як найбільш широкої, фундаментальної категорії, що характеризує вплив на здоров'я різноманітних соціальних факторів як об'єктивних, так і суб'єктивних [2, с. 54].

За результатами дослідження Інституту соціології НАН України, надто поширеною в Україні є несправедливість у системі охорони здоров'я. Ми бачимо, що 30% домогосподарств не обмежені, а практично відрізани від необхідності медичної допомоги, значна частина економічно зайнятого

населення не має коштів, щоб отримувати якісну медичну допомогу [3, с. 29, 30]. Це, в свою чергу, сприяє формуванню у людей суб'єктивного негативного чинника, соціально-психологічної дезаптації, перебуванню у стані зтяжненого дистресу тощо, що має не тільки негативний вплив на стан здоров'я значної частини населення України, а й сприяє розповсюдженню відповідних нераціональних та шкідливих стереотипів поведінки, пов'язаної зі здоров'ям (алкоголь, паління, нераціональне та нездорове харчування, трудоголізм, несвоєчасне звертання до медичної допомоги та ін.).

Вихід з означеної ситуації безумовно потребує відповідних заходів на рівні державної політики, спрямованих на підвищення економічного і соціального рівня, реформування системи охорони здоров'я в Україні у відповідності до соціально-етичних стандартів ВООЗ, «Європейської стратегії здоров'я – 2020» та ін. Разом з тим, важливе значення мають дослідження способів мотивації населення України до поведінки, спрямованої на збереження та зміцнення здоров'я з врахуванням сучасної соціокультурної ситуації у країні. Враховуючи позитивну динаміку релігійності населення України, високий рівень довіри до церкви у порівнянні зі світськими інститутами та організаціями, позначимо основні підходи щодо здоров'я та здорового способу життя, притаманні християнській духовній традиції.

Особливе значення для сучасного осмислення проблем здоров'я, формування здорового способу життя має розуміння людини як духовної, душевної і тілесної істоти, створеної за образом людини і подобою Бога. «І Бог на свій образ людину сотворив, на образ Божий її Він сотворив, як чоловіка та жінку сотворив їх» (Бут. 1:27). З догматично-антропологічної точки зору Біблія розглядає людину як єдине ціле, не розділяючи і не протиставляючи духовний і тілесний склад людського єства. Саме цей підхід простежується у фундаментальній праці свт. Луки (В.Ф. Войно-Ясенецького) «Дух, душа і тіло».

За вченням богословів, поняття «образ Божий» не тільки характеризує духовну сутність людини, але й має відношення до людського тіла як «храма Святого Духа». Тому християни мають прославляти Бога й своїми фізичними тілами (Кор. 6:20). На цьому біблійному ґрунті доводиться тісний взаємозв'язок духу і душі людини з її фізичним тілом, які вступають у стан гармонії лише через єдність людини з Богом – Творцем через спокутну віру в Ісуса Христа – Божого Сина.

У контексті вищезазначеного в християнстві пояснюється духовна сутність хвороб людини, які є наслідками певних гріхів. Ісус засуджував ненависть, називаючи її вбивством (Мф. 5: 21,22). Як доводять медичні дослідження, гнів, ненависть, страх є причинами значної кількості захворювань, у тому числі виразки шлунку, артриту і хвороб серця. Совість, якщо вона утіснена гріхом, є однією з головних причин чисельних психосоматичних хвороб.

Гріхом може бути і неправильне відношення до тіла. Таке відношення може бути наслідком неправильного і незбалансованого харчування, сексуальної розпусту чи небажання належним чином про нього піклуватись. Культ їжі, пияцтво, нестача відпочинку і фізичних вправ, все це є гріхами проти тіла, в якому винні самі люди.

В християнстві обґрунтовується і позитивні значення хвороби. Хвороба

повинна спонукати людину до духовного вдосконалення, звільнення від гріха, зокрема згубних звичок, саморуйнівної поведінки тощо, а головне – до гармонізації відносин з Богом, іншими людьми, власним Я, що і є основою здоров'я. В цьому контексті особливого значення набуває сучасне осмислення підходів до здоров'я релігійного філософа І. Ільїна: «Здоров'я, на його думку, є дещо більше ніж зазвичай думають люди...Кожна людина створена для здоров'я і покликана для того, щоб бути здоровою...Бог надсилає нам недуг для того, щоб ми одужали, - як шлях до здоров'я. Тому хвороба є ніби таємничий запис, який нам потрібно розшифрувати: у ньому записано про наше попереднє, невірне життя, і потім про нове, прийдешне мудре і здорове життя» [4].

Отже, проблема формування здорового способу життя не повинна зводитися лише до фізичного вдосконалення людини, забезпечення її тілесного благополуччя (заняття фізкультурою і спортом, загартування, дієти, раціону, харчування тощо). Вищеозначене є вкрай важливим, але недостатнім. У духовних традиціях усіх релігій (іудаїзм, буддизм, християнство, іслам) акцентується увага на внутрішній зміні людини (самопізнання, самоусвідомлення, розвиток моральності, концентрації і мудрості), на шляху до її здоров'я.

Література:

1. Столяров Г. С., Вороненко Ю.В., Голубчиков М.В. Статистика охорони здоров'я: Підручник. – К.: КНЕУ, 2002. – 230 с.
2. Васильєва І. В. Людина в релігійному вимірі: монографія / І. В. Васильєва. – К.: Книга плюс – Херсон: ПП. Кальченко, 2010. – 345 с.
3. Стан сучасного українського суспільства: цивілізаційний вимір / [О.Г. Злобіна, Н.В. Костенко, М.О. Шульга та ін.]; за наук. ред. М.О. Шульги. – Київ: Інститут соціології НАН України, 2017. – 198 с.
4. Ильин Иван. Религиозный смысл философии. – М.: Изд-во АСТ, 2003.

Сергиенко С. Б.,
НМУ имени А. А. Богомольца
sergienko@ukr.net

ЭТИКА И ЦЕННОСТЬ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ ДЛЯ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА

Последние годы стали тяжелыми и для соцсетей, и особенно для Facebook: сообщения о вмешательстве в президентские выборы 2016 года, скандал с Cambridge Analytica, обвинения в том, что платформа подавляет консервативный контент, и недавние открытия, что Facebook опубликовал закрытые фотографии пользователей и личные сообщения. Собственно говоря, для стимулирования именно экономики, Facebook также мало что делает. В компании работают около 34 тысяч человек, в отличии от ритейлера Walmart, где работает более 2 млн.

Американский писатель Уолт Моссберг, как и популярный у молодежи музыкант С. Шнуров, недавно присоединился к растущему списку журналистов, предпринимателей, политиков и знаменитостей, отказывающихся от Facebook, написав в Twitter: «Немного личных новостей: я решил покинуть Facebook в конце года. Я делаю это – после 12 лет в Facebook – потому, что мои собственные ценности, политика и действия Facebook разошлись до такой степени, что мне там уже не комфортно». Тем не менее, никогда еще у Facebook не было столько пользователей. Более 2 млрд человек – около трети населения мира – проводят на сайте примерно 35 минут в день. Если сложить это время, получается, что мы тратим на соцсеть более 100 тысяч лет – за один день. Наверняка, пользователей Facebook не слишком беспокоит конфиденциальность. Скорее всего, их волнуют подводные камни платформы, но они остаются с Facebook по одной простой причине: соцсеть стоит компромисса.

Ценность социальных сетей растет по мере роста числа людей, которые их используют. Сеть, в которой вы можете общаться с друзьями, новыми клиентами, бабушками и учителями ваших детей, стоит гораздо больше, чем сеть, в которой можно найти всего парочку знакомых. Ценность Facebook для пользователей может объяснить, почему люди так охотно жертвуют своей конфиденциальностью – и игнорируют сложности – в обмен на то, чтобы быть частью крупнейшей в мире социальной сети.

В декабре 2018г. в журнале PLOS ONE были опубликованы результаты исследования, в котором пользователям Facebook предлагали деньги в обмен на их согласие деактивировать учетные записи на период от одного дня до одного года. Это не было гипотетическим предложением. Пользователи Facebook принимали участие в аукционах, на которых разыгрывалась цена за деактивацию их аккаунтов. Предлагали реальные деньги, и победители аукциона могли получить их, только доказав, что на самом деле деактивировали свои учетные записи. Поскольку люди столкнулись с реальными финансовыми последствиями, у них был сильный стимул серьезно относиться к аукциону. И поскольку оплачивали только самую низкую ставку, у людей не было стимула завышать выплаты за прекращение использования Facebook.

В группе было 1258 пользователей Facebook, около 20% которых были набраны из двух кампусов университетов по электронной почте или через онлайн-группу студентов, которые ранее давали согласие принять участие в исследовательских проектах. Остальных участников набрали из разных слоев населения, либо через пул онлайн-сообществ, либо через онлайн-краудсорсинговую площадку. Организаторы пришли к выводу, что им придется заплатить более \$1000 среднестатистическому пользователю за деактивацию его учетной записи Facebook на год. Подумайте об этой сумме как о денежном выражении радости и полезности, которую дает людям Facebook без каких-либо личных расходов — использование сайта бесплатно. Эта оценка – то, что экономисты называют «излишком потребителя», то есть разница между тем, что кто-то готов заплатить за что-то, и тем, сколько на самом деле платит.

Так что же люди ценят в Facebook? Выяснилось, что люди ценят

платформу тем больше, чем чаще они используют ее для публикации обновлений статуса или для приглашения друзей на мероприятия. В процессе исследования авторы обнаружили, что количество реальных друзей, которые есть у вас на Facebook, служит лучшим показателем того, что значит для вас Facebook, чем общее количество друзей в этой соцсети. Это говорит о том, что Facebook более важен для поддержки отношений с близкими нам людьми и менее — для редких связей с просто знакомыми.

Результаты исследования еще раз свидетельствуют о том, что ценность нашей онлайн-жизни огромна и растет: организаторы обнаружили, что в 2004 году домохозяйства получили в целом от \$2500 до \$3800 «излишка потребителя» благодаря интернету. Но сейчас людям нужно около \$3600 в год, чтобы прекратить пользоваться онлайн-картами, около \$8400, чтобы отказаться от использования электронной почты, и, что поразительно, около \$17 500, чтобы жить без онлайн-поиска.

Исходя из текущей рыночной капитализации, Facebook оценивается примерно в \$200 за каждого пользователя. Это примерно одна пятая стоимости, которую средний участник исследования может получить всего за один год использования Facebook, а это означает, что соцсеть создает значительно большую ценность для своих пользователей, чем для акционеров. Это верно и для технологических инноваций в целом.

Изучив данные за более чем 50 лет, лауреат Нобелевской премии экономист Уильям Нордхаус обнаружил, что инноваторы, как правило, получают около 5% стоимости новой технологии, а все остальное идет потребителям. Это должно заботить тех, кто заинтересован в регулировании Facebook: прежде всего законодатели, которые заботятся о благополучии людей, должны убедиться, что в процессе решения проблем безопасности и конфиденциальности они не вводят ограничений, которые лишают пользователей тех преимуществ, которые дает им Facebook. Опасения относительно того, сколько плохого Facebook принес в мир, хотя и оправданы, нужно соотносить с пользой, которую Facebook производит в виде обмена фотографиями, игр, отслеживания новостей и общения с друзьями и клиентами. Правила, делающие социальные сети менее приятными или менее полезными, даже если они лишь незначительно сокращают выгоду, которой пользуется средний пользователь, могут привести к потере ценности в миллиарды долларов применительно к миллиардам людей, которые остаются пользователями Facebook. Прикольные видео или обновления статуса не создают много рабочих мест и не улучшат нашу работу, но мы получаем что-то реальное и измеримое в социальных сетях. Беспечный подход Facebook к конфиденциальности пользователей не может не беспокоить, но мы не должны упускать из виду тот факт, что бесплатные онлайн-сервисы, такие как Facebook, создают огромную ценность для каждого из нас.

Литература:

1. People love Facebook so much they wouldn't quit unless we paid them – a lot. The Washington Post. 25/02/2019

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

Карпенко К. І.,
Харківський національний медичний університет,
kateryna.karpenko@ukr.net

РЕЛІГІЙНИЙ СВІТОГЛЯД ЯК СКЛАДОВА СОЦІАЛЬНОЇ ЛЕГІТИМАЦІЇ ПАЛІАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ

У повсякденному житті мало кому є зрозумілим слово «паліативна медицина». На перший погляд, складається враження, що така непрозорість його розуміння зумовлена людською безсердечністю й бажанням відсторонитися від чогось неприємного. Можливо, такий аргумент теж слід брати до уваги. Але не все так просто щодо сутнісного прояснення, тобто експлікації, цього слова. Це поняття, як і явище, котре воно характеризує, має дуже складний характер і потребує багатобічного й цілісного розгляду. Воно стає більш зрозумілим, коли з'ясуємо, що мова йде про підтримку належного рівня життя невиліковних хворих та їх родичів. На відміну від спеціалізованого медичного втручання, орієнтованого на виліковування хвороби, паліативна допомога має на меті в першу чергу полегшення фізичного стану хворої людини – подолання болю та усунення інших негативних проявів хвороби (лікування симптомів), підтримку її духовного та емоційного стану. Далі з'являється новий рівень непрозорості, коли мова йде про термінальних хворих. Маємо з'ясувати, що до таких належать невиліковні хворі на останній стадії життя. Отже, не усі невиліковні хворі є термінальними. Виявляємо, що поняття невиліковні хворі ширше за поняття термінальні хворі, бо до них належать також, наприклад, хворі з певними хронічними хворобами...

Таким чином, послідовне прояснення змісту поняття паліативної медицини передбачає розгляд фізичних, психологічних, соціальних та духовних складових цього напрямку медичної допомоги. Одночасно слід зазначити, що публічне обговорення, критика та відбір цілей та засобів, позитивна психологічна реакція та довіра, схвалення та прийняття заходів паліативної медичної допомоги означає її соціальну легітимацію. Звичайно, вона має бути легітимною, тобто спиратися на законодавство щодо паліативної медицини, а тому дослідження зазначеного явища розгортається за сценарієм герменевтичного кола. Це означає, що, з одного боку, законодавчому закріпленню статусу паліативної медицини має передувати певне соціальне визнання її цілей і засобів, а, з іншого боку, правова легітимність сама по собі не вирішує автоматично проблему, а потребує послідовної соціальної легітимації феномену паліативної медицини, тобто тлумачення та пошуку більш прийнятних шляхів її втілення.

В Україні протягом багатьох років на різних рівнях законодавчої влади обговорюються питання організації належної паліативної медицини. Заходи з паліативної медицини включено до Національного плану заходів по Конвенції

ООН про права людини, паліативна допомога внесена в програму медичних гарантій, які передбачаються сучасною медичною реформою. Попри те, що немало зроблено, досягнення головних цілей ще далеко попереду.

У всі часи, за умови, коли регулювання того чи іншого явища ще не знайшло свого правового закріплення, його відсутність компенсується підсиленням ролі релігійного світогляду. Аналіз літератури за темою паліативної допомоги дає підтвердження такому припущенню. Останнім часом саме релігійні організації різних конфесій найчастіше є ініціаторами не лише обговорення проблем паліативної медицини, а й практичних заходів у цій важливій царині людського існування. Насамперед, мова йде про ініціативу хоспісної допомоги та запровадження медичного капеланства в лікарнях.

Так, «Православна Церква, виходячи зі Свого віровчення, розглядає останні дні земного життя людини як час, який передує безпосередній зустрічі людини з Богом і який має бути наповнений особливим духовним змістом, гідним людини як образу і подоби Божої. Церква наголошує, що смерть, будучи трагічним наслідком відпадиння людини від Бога, в той же час, за невимовним промислом Божим, є і вратами прийдешнього життя людини, її другим народженням, таїнством, в якому людині, завдяки спасительній жертві Христа, відкривається шлях до вічного життя і наступного відновлення у повноті її природи» [1]. Одним із своїх важливих завдань релігійні спільноти вбачають в організації та впровадженні хоспісів, які мають в першу чергу ставити собі за мету надання паліативної допомоги тим невиліковним хворим, які позбавлені родинної опіки, матеріальних статків та можливостей і умов гідного завершення свого життя. Невиліковні хворі дуже часто звертаються до Бога. «І плід цього навернення просто дивовижний! – підкреслює директор, головний лікар Харківського обласного центру паліативної медицини «Хоспіс», заслужений лікар України, кандидат медичних наук, доцент диякон УПЦ Віталій Екзархов. – Хворі, які мали гострі больові синдроми, відмовляються від морфію. Нещодавно спостерігав, як дві віруючі жінки з онкологічними хворобами останньої стадії обговорювали, як їм вдягтися, щоб мати якомога кращий вигляд на власному похованні. У тих, хто розумом і серцем прийняв Бога, кардинально змінюються цінності. Їх не лякає смерть, вони спокійно обговорюють це питання, вони хочуть бачити і спілкуватися з тими людьми, з якими раніше перебували у поганих стосунках...» [2].

Важливою складовою комплексного, мультидисциплінарного підходу до паліативної медицини є душпастирська опіка. Громадська рада при МОЗ по співпраці з Всеукраїнською Радою Церков і релігійних організацій розробила проект «Положення про організацію душпастирської опіки у сфері охорони здоров'я». Передбачається, що «душпастирську опіку в медичних закладах будуть здійснювати капелани, запропоновані зареєстрованими релігійними організаціями та затверджені Душпастирською радою при МОЗ, які мають відповідати затвердженим освітньо-кваліфікаційним вимогам, пройти відповідне навчання чи підвищення кваліфікації» [3].

Паліативна медицина – це не лише процедури знеболення, штучного дихання чи застосування різноманітних засобів гігієни та підтримання життя. Паліативна медицина – це іспит на людяність, на соціальні гарантії гідного

життя у його термінальній стадії. До цього процесу залучено багато людей. Особливо значущою у цьому відношенні є підготовка студентів та молодих лікарів. Їх слід навчати не просто правильній діагностиці, а ще й правильному поводженню з термінальними пацієнтами та їх рідними, які потрапили у ситуацію такого випробування долі. У досягненні цієї мети саме релігійний світогляд має надзвичайне значення. Він відіграє важливу роль у процесі соціального визнання паліативної медицини, тобто її легітимації.

Література:

1. Концепція Української Православної Церкви щодо розвитку паліативної допомоги в Україні. Проект Синодального Відділу благодійності та соціального служіння Української Православної Церкви / [Електронний документ]. – Режим доступу: http://orthodox.org.ua/article/kontsepts%D1%96ya-ukra%D1%97nsko%D1%97-pravoslavno%D1%97-tserkvi-shchodo-rozvitku-pal%D1%96ativno%D1%97-dopomogi-v-ukra%D1%97n%D1%96_
2. Найда Г. «Директор харківського хоспісу: «у світовій практиці хоспісів без церкви не буває» / Скорочений варіант репортажу в газеті Харківської держобладміністрації «Вечерний Харьков» [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.asd.in.ua/archives/1188293468>
3. У МОЗ розробляється положення про медичне капеланство в лікарнях [Електронний документ]. – Режим доступу: https://risu.org.ua/ua/index/all_news/state/legislation/74395/

Орбанова Е.,
Трнавський університет,
eva.orbanova@truni.sk

ДУХОВНОСТЬ В УСЛУГАХ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Тези.

Понятие «духовность» сначала относилось к сфере религии или религиозных практик. Сегодня духовность проникает в разные сферы общественной жизни, причём не только лишь в понятийном качестве. Речь идёт о понятии, заимствованном из религии, но претерпевающим секуляризацию. В контексте такой семантической трансформации целесообразно говорить о духовном измерении труда, спорта, досуга или здоровья. Очевидно, что сущностная привлекательность этого понятия используется в упомянутых областях. Несмотря на светское употребление, духовность как таковая не утрачивает связей со своим первичным религиозным происхождением, и эти связи зачастую целенаправленно переплетаются с профессиональной научной терминологией или даже перекрываются ею. Однако первичное религиозно-понятийное содержание понятия духовности может подтолкнуть человека к духовно-религиозным практикам, далёким от истоков понятия.

Наглядным примером может послужить использование методов акупунктуры или акупрессуры, основывающихся на восточной концепции духовного монизма, лежащей в основе даосизма. Цель нашей статьи заключается не только в раскрытии псевдоевангелизационного потенциала упомянутых методов, но и в указании на определенный энигматический задел, содержащийся во внедренной в сферу здравоохранения духовности.

Методика и методология.

Методический процесс по осуществлению данного намерения состоит из следующих методологических шагов. Посредством метода исторического анализа раскрывается извечная взаимозависимость религии и медицины. Издавна религия и духовность сосуществовали параллельно друг другу. Исторический экскурс будто бы подчеркивал потребность в медицине, тем более что религия была колыбелью возникновения многих научных дисциплин, медицины в том числе. Методом экстраполяции была актуализирована взаимозависимость сакрального и профанного. В связи с этим можно говорить об обновлении связи методов альтернативной медицины со своими истоками.

Тем не менее, использование духовных смыслов не является однозначным по своему миссийному содержанию. Например, неоднозначной является популяризация альтернативной медицины, связанная с созданием своеобразной рекламы, которая представляет альтернативную медицину привлекательной не только с экономической точки зрения. К тому же, упадок традиционных религий способствует росту популярности альтернативной медицины. Кроме непосредственно здоровья, человек постмодерна наряду со здоровьем получает «налог на добавленную стоимость», процент содержания определенного рода духовности в конкретном методе, исторически произрастающем в духовной почве определенного качества.

Историческая связь здоровья и религии

О взаимосвязи религии и человеческого здоровья известно из священных текстов. В качестве доказательства можно привести Ветхий Завет, в котором нередко упоминаются понятия здоровья и болезни, например, пророческие слова про жертву Иисуса Христа: «Он наши недуги взял на себя, Он нёс на себе нашу боль...Его ранами мы исцелены» [1: Ис. 53, 4-5] Хотя долгожданный Мессия – это тот, кто исцеляет и помогает переносить страдания, в Библии тем не менее можно найти многочисленные отсылки и к непосредственно медицинской практике. Примером является женщина, которая на протяжении многих лет лечилась от кровотечений, но окончательное исцеление получила от Иисуса Христа [1: Мк. 5, 25-34]. Аналогично связь между духовным и физическим в медицинской практике, поддерживающей здоровье населения, обнаруживается и в других религиозных системах. Однако в большинстве случаев речь идет о магических практиках, духовно диаметрально противоположных оздоровительной силе Иисуса Христа. Столкновение этих двух духовно несовместимых миров представлено и в новозаветной беседе о Симоне Маге [1: Деян. 8, 9-25].

Магические способы исцеления подробнее анализируются на примере гомеопатической и контагиозной магии [2, с. 18]. Магия – это проникновение в духовный мир, в то время как в религиозноведческом дискурсе она рассматривается как синонимичное духовности понятие. Схожим образом в далеком прошлом магия воспринималась и в контексте так называемой «анимической медицины» североамериканских индейцев. Цель целителей (знахарей) состояла в том, чтобы научить человека расти духовно и таким образом удерживать себя в хорошем физическом состоянии [3, с. 110]. Упомянутые магические формы сегодня буквально переживают возрождение. Также они присутствуют в методах альтернативной медицины. Многие методы сегодня даже официально утверждены и включены в общую систему здравоохранения, хотя они и считаются скорее дополнительной лечебной терапией. Их духовное содержание для поверхностного, а особенно для незаинтересованного реципиента, малозаметно и не представляет особой ценности.

Духовность в сфере охраны здоровья.

Предмет нашей статьи – объяснение разносторонних последствий включения духовности в медицинские практики. Как уже ранее было отмечено, духовность способствует популяризации прежде всего альтернативных методов. В этом случае духовность становится синонимом мистичности, таинственности, которая будто бы только и ждёт своей научной апробации. Кроме того, духовность часто придает альтернативным методам флер всемогущества. Случается и так, что именно благодаря этому они становятся более популярными, чем классические методы лечения. В то же время, эксплицитно духовность представляет собой синоним тривиальности. Классический пример – «исцеление» при помощи энергии ки. В конечном итоге феномен тривиальности импонирует поверхностности современного человека. Эти методы обычно наделяют свойствами гибкости и универсальности в использовании. Например, метод акупунктуры воспринимается как универсальная панацея. И это не удивительно, поскольку в описании этого метода указано, что он должен «позитивно» влиять на все ключевые системы организма через парные и непарные (чудодейственные) меридианы. Оптимизация потока энергии ки должна активизировать оздоровительные процессы во всем организме [4, с. 57].

Таким образом, эффективность оздоравливающих процессов подтверждается не экспериментами, а силой духовности, и имеет доказательность даже для самих врачей. В разговоре с врачом – аллопатом, который также занимается акупунктурой, выяснилось, что точное объяснение её действия ему не представляется чем-то значимым. Для него было важно, что это приносит позитивный результат. При этом он согласился, что эффективность может быть обусловлена и духовным характером, который, в то же время, нельзя доказать наверняка, но это и не нужно. В этом случае духовность целенаправленно одновременно как утаивает специфику своего функционирования, так и легитимирует отсутствие экспериментальных доказательств. Бытует мнение, что альтернативные методы просто еще не дождались своего научного подтверждения. Наблюдая за развитием

науки и запросом на перемены в научной сфере, можно предположить, что, возможно, альтернативные методы медицины действительно дождутся научной верификации. Сейчас про себя активно заявляет так называемая «интуитивная парадигма». Её принятие, безусловно, оказало бы медвежью услугу целому ряду альтернативных методов. Очевидно, что духовность легитимирует необязательность рационального обоснования последствий применения альтернативных методов в области здравоохранения. Практическим свидетельством этому служит регулярное их использование в медицинских учреждениях.

Примером влияния понятия духовности в системе здравоохранения также может быть склонность врача или пациента к религиозности того рода, на которую опирается данный метод лечения, то есть к той, что является источником происхождения метода. Нет сомнения, что о смерти классического врача, практиковавшего альтернативную медицину, сообщат посредством символа даосизма инь-ян [5]. В данном случае подразумевается не только симпатия, но и религиозная склонность к конкретной духовной основе конкретного метода. Совершенно естественно, что передача пациенту «духа» метода может происходить как через врача, так и посредством применения самого метода.

Негативный эффект альтернативных методов может проявляться и в потенциальном блокировании обращения пациента к проверенным методам классической медицины до такой степени, что здоровье пациента окажется под угрозой. Таким образом, безграничное доверие основанному на какого-либо рода духовности методу, становится аналогией религиозной веры. Хоть в целом альтернативная медицина воспринимается как способ дополнительной терапии, всё же вера в исцеление или в силу альтернативного метода становится индикатором иманентизации веры. Ключевой в данном контексте является земная ценность или культ здоровья, который выступает своеобразным проявлением секуляризованной формы спасения. Спасение связывается также и с физическим здоровьем. В целом в постмодернистской религиозности происходит имманентизация религии, включая и её сущностный дериват, которым является духовность. Понятие «здоровья» как важного генеалогического нарратива сегодня настолько широко используется, что становится центральной ценностью, которую вербализует целый ряд альтернативных методов [6, с. 28]. Духовность, или, точнее, псевдодуховность, эти методы целенаправленно популяризируют в общественном и, как мы видим, также в профессионально-медицинском дискурсе.

Література:

1. Sväté Písmo. Jeruzalemská biblia, (2013), Dobrá kniha, Trnava, 2558 s.
2. Frazer, J. (1994) Zlatá ratolesť, Mladá fronta, Praha, 640 s.
3. Matthews, J. (ed.) (1992) The World Atlas of Divination, Bulfinch Press, Hong Kong, 224 p.
4. Rucki, Š. (2000) Alternativní medicína – pomoc nebo nebezpečí? Návrh domů, Praha, 135 s.

5. Spoločnosť akupunktúry OZ SLS . <http://akupunktura.sls.sk/oznamy/27>, (31. 8. 2015)
6. Ježíš Kristus – prameň živej vody. Kresťanská úvaha o new age. (2005), SSV, Trnava, 117 s.

Мозгова Н. Г.,
НПУ імені М. П. Драгоманова,
mozgova@gmail.com

ПРОБЛЕМА ЄДНОСТІ ТІЛА, ДУШІ Й ДУХУ В ТВОРЧОМУ СПАДКУ ПРЕДСТАВНИКА КИЇВСЬКОЇ ДУХОВНО-АКАДЕМІЧНОЇ ФІЛОСОФІЇ ХІХ ст. ПЕТРА АВСЕНЄВА

Найбільш загадковим і навіть містичним представником серед професорів філософії Київської духовної академії ХІХ ст. вважається Петро Семенович Авсенєв (1810-1852). Авсенєв читав студентам Київської духовної академії (далі КДА) та університету Св. Володимира настільки всеосяжний курс психології, що у цей курс входили знання з природничих і медичних наук, зокрема з анатомії, фізіології, антропології, психіатрії та навіть зі статистики, етнографії і лінгвістики. За своїми науковими уподобаннями Авсенєв був прихильником Шеллінга і тому він віддавав перевагу таким психологам-шеллінгіанцям як К. Карус, М. Бурдах, Г.Шуберт. Зокрема, курс психології П. Авсенєва був складений за аналогією з працею німецького філософа Г. Шуберта «Історія душі».

Шуберт належав до тієї групи послідовників філософії Шеллінга, які наслідували не стільки його систему абсолютної тотожності, скільки його пізню містичну філософію. Але, не дивлячись на те, що Г.Шуберт належав до західноєвропейської містичної школи психологів ХІХ ст., його не можна прирівнювати до Я. Бьоме, оскільки Шуберт протягом всього свого життя вивчав природничі науки і ґрунтовно знав астрономію, фізіологію, анатомію. Антропологічне і психологічне вчення останнього виходило далеко за межі безпосередніх завдань психології. Аналогічні характеристики ми знаходимо і у творчому спадку П. Авсенєва.

Повний курс психології, прочитаний П. Авсенєвим студентам Х і ХІ курсів КДА, зберігається сьогодні в Інституті рукописів Національної бібліотеки України імені В.І. Вернадського. Він ще до кінця не вивчений і чекає на своїх дослідників.

Весь курс Авсенєв поділяє на дві частини: устрій людської істоти і життя людської душі. У свою чергу, першу частину філософ поділяє на три великих розділи, відповідно до сходинок буття: тілесної, душевної й духовної. Зокрема, перший розділ першої частини його лекцій складає вчення про людське тіло, оскільки останнє являється субстратом душевних сил людини і одночасно є відбитком її душі. Філософ розглядає усі функції людини як біологічної істоти: дихання, травлення, чуттєвість і т.д. Другий розділ мислитель присвячує аналізу душі як посередниці між тілом й духом. Зокрема він зупиняється на

відмінностях душевного складу людини й тварини, а також на ґрунтовному аналізі слова як виразу життя душі під впливом свобідної волі духу, а також на вивченні таких атрибутів душі як явищі симпатії, на здатності душі до сердечних почуттів, на її здатності до бажань та до пізнання, до інтуїції. Слід зазначити, що у психологічній системі Авсенєва кожен з цих атрибутів має своє чітко визначене місце. Зокрема, так зване харчування душі, тобто її здатність до сердечних почуттів складається із здібності людини отримувати чуттєву (інстинкт) та естетичну насолоду. У свою чергу рухи душі, тобто здібність до бажань має у своєму складі здібність до чуттєвих, душевних й духовних бажань. Душевне самовідчуття, тобто її здібність до самопізнання, яке теж має свою диференціацію: це самовідчуття душі, тобто її самоусвідомлення; уявлення душі, тобто її зір і смак; та пам'ять душі, тобто її слух та нюх.

Отже, найважливішим предметом філософії є вивчення душі, бо у природі душі приховані закони істини, добра й краси, а отже саме на ґрунті психології базується логіка, етика й естетика. На думку мислителя, природа душі містить у собі і ключ до розуміння найголовніших питань про Бога та світ і до кінця її неможливо пізнати, оскільки вона є «образом нескінченним». «В ній (душі – Н.М.) є і безпосереднє відчуття свого ества, але це духовне самовідчуття душі пригнічене зануренням душі у плоть, від чого і в дзеркалі власних дій вона не впізнає саму себе» [2, арк.4].

Філософ вважав, що духовне самовідчуття одночасно з витонченим християнським благочестям повинне бути головним керівництвом у дослідженнях та у пізнанні природи душі. Також професор виділяє два джерела пізнання душі – це досвід і умогляд. У свою чергу, досвід він поділяє на внутрішній, - тобто такий, якому властиве спостереження над власною душею та зовнішній, - тобто такий, який характеризується спостереженням над іншими душами і є історією людства. Філософ виділяє і два методи пізнання душі: аналітичний і синтетичний. Перший являє собою мисленнєві сходження від душевних явищ до понятійного рівня знань про душу, а другий, навпаки, являє собою процес оберненого переходу від абстрактних понять про душу до її феноменальних проявів.

Далі мислитель переходить до розгляду духу, підкреслюючи, що «дух є найвищою та найглибшою складовою людського ества, завдяки якому людина у божественному відношенні покладається на Бога. Всі нескінченні устремління душі лише у духові знаходять своє завершення і спокій. Здібності духу проявляються двояко: трансцендентно, в якій дух сприймає в собі Божественне. І іманентне, в якій дух супроводжується у душу і запліднює її» [2, арк12].

Вчення про дух мислитель вибудовує за наступною схемою: загальне поняття про дух, дихання духу (молитва), дух як виток душі (любов до Бога), дух як сила, що рухає душу (Божественне начало свободи), дух як сила, що осягає душу (споглядання Божественного), голос духу в душі людини (совість і богоподібність духові). Авсенєв також ретельним чином вивчає питання взаємозв'язку і взаємовпливу душі й тіла і душі й духу. Мислитель доходить висновку, що «людина устроєм свого духовного ества являє собою сходінку тих сил, які підіймають її до Бога.... Людина насамперед життям своїм являє собою шлях до Бога» [1, арк.12 зв.].

У розділі «Про душу» професор детально зупиняється на загальному понятті душі та на її видозмінах. На його думку, не тіло усвідомлює себе в лоні душі, а навпаки, душа усвідомлює себе в тілі. Душа, вважає професор, не несе в собі знання про Бога і не має дар слова, а керується лише мовою почуттів і образів. З одного боку, людська душа не є матеріальною, а з другого – вона має здатність уявляти, чогось прагнути та у щось вірити, керуючись при цьому лише свавіллям, а не свободою. Таким чином, на думку мислителя, душа у своїй діяльності знаходить оперття в тілі, але при цьому залишається невільною у своїх діях. Завжди душа залишається пригніченою тілом і лише своєю невизначеною й невиразною думкою вона передчуває свою нескінченність.

Розглядаючи природу людської душі, Авсенєв показує відмінність між нижчим і вищим ступенем внутрішнього життя людини: душею і духом. На думку мислителя, душа у поєднання з тілом буде лише душею тварини, а у поєднанні з духом, душа стає вільною і починає себе усвідомлювати. Що ж до духу, то він «... осяює душу пізнанням нескінченного в ідеях істини, добра і краси та направляє діяльність людської душі від чуттєвого до Божественного, відкриваючи нескінченну сферу для самовдосконалення» [2, арк.103 зв.]. Найвище значення у становленні духу відіграє пам'ять слів, оскільки саме остання розвиває твердий розсуд душі та одночасно є найважливішим знаряддям самого духу.

Розсуд або поміркованість, на думку мислителя, є здатністю розсудку швидко й вірно вибудовувати міркування, остання є результатом тренувань з логічними вправами, а тямущість є природним даром. Коло діяльності розсудку складає внутрішній і зовнішній чуттєвий світи і, на думку мислителя, це коло є значно ширшим, ніж коло діяльності розуму, куди «входить лише психічне віяння Божественного, яке залишається абсолютно непомітним і прихованим для людей, які повністю занурені у чуттєвість. ... Розум є здатністю перебувати у чуттєвому світі Божественному одкровенню. ... Божественне сповіщає про себе нам у деяких незрозумілих збудженнях серця, які, ймовірно, є наслідком зіткнення душі з Божественним духом» [2, арк. 213-214]. Ці думки П. Авсенєва є досить близькими за змістом до розмірковувань П. Юркевича щодо цих же проблем, адже недарма П. Авсенєв був академічним вчителем Юркевича і надихав останнього тими ідеями, які були розгорнуті пізніше у «філософії серця» останнього. «Збудження серця внаслідок дотику до Божественного, є ідеєю взагалі, а уявлення Божественного, як джерела будь-якого буття, є ідеєю безумовної істини» [2, арк.215]. Мислитель вважає, що ідея безумовної істини може проявлятися, по-перше, у свідомості, по-друге, вона може відтворюватися у фантазії, і, по-третє, вона може потрапляти і до сфери розсудку.

У третій частині своєї «історії душі» Авсенєв планував розглянути, крім питань походження і зростання душі, розглянути ще й питання про смерть і стани душі після смерті.

З останнього положення стає зрозумілим зацікавленість П.Авсенєва містичною літературою, взагалі цариною ірраціонального, несвідомого, навіть хворобливого, так званої «нічної сторони душі». Неодноразово мислителю сучасники захоплення містицизмом, але це навряд чи можна вважати правильним, бо як підкреслювали ті ж самі сучасники, разом із деякою

туманністю і релігійним пафосом, у Авсенева все ж переважав виклад власних поглядів у чіткій та прозорій формі. «В наш час, - писав Г. Шпет, - ми добре вже знаємо, що подібного роду психологічні екскурси, які спантеличують неуків, проливають іноді м'яке і тепле світло для людей істинно релігійного натхнення на їх власну свідомість, а для науки можуть слугувати джерелом різючих відкриттів і викриття таємниць людської душі» [3, с. 414].

Література:

1. Психология, лекции П.С. Авсенева, проф. Киевской академии, читанные XI курсу 1-й половины XIX в. // Институт рукопису НБУ імені В.І. Вернадського. – Ф.301 (КДА), од.зб.349 Л. (Муз.787).
2. Шпет Г. Очерк развития русской философии // Введенский А.И., Лосев А.Ф., Радлов Э.Л., Шпет Г. Г.: Очерки истории русской философии. – Свердловск, 1991.

Monika Zaviš, Michal Bizoň,
Comenius University,
zavis@fedu.uniba.sk

TO WHAT DEGREE ARE SLOVAK STUDENTS PREPARED FOR INTERCULTURAL COMMUNICATION WITH MUSLIM IMMIGRANTS BASED ON KNOWLEDGE OF MARRIAGE AND REPRODUCTIVE HEALTH IN ISLAM? THE RESULTS OF THE SURVEY AT COMENIUS UNIVERSITY IN BRATISLAVA

The number of foreign nationals who have illegally crossed the border or stayed illegally in the Slovak Republic increased to 2819 in 2018. Citizens of Afghanistan, Iraq, Yemen, Azerbaijan and Iran, which are Islamic countries, most often asked for asylum in the Slovak Republic in 2018. Asylum has been granted only to 5 persons (Medzinárodná organizácia pre migráciu, 2019), but that does not change the fact that citizens of Slovakia are much more exposed to concepts, ways of thinking, action and the value system that they do not know or just believe to know, while the real knowledge is sometimes confused with prejudices or distorted information from the mass media. For these reasons, we focused on finding the state of real knowledge in university students of humanities.

Why are we interested in the knowledge of marriage, family planning, fertility awareness, usage of medically assisted reproduction (Clarke, 2006) and induced abortion (Zegers-Hochschild – Adamson – Dyer et al., 2017) ergo reproductive bioethics (Vivoda, 2018) in Islam in Slovak students of humanities? In the context of intense clash of cultures and religions, especially Christianity (Šoltés, 2017) and Islam in Europe, we are obligated to educate our students to be theoretically prepared for intercultural communication which will be based on human dignity and mutual understanding (Mistrík, 2011). Knowing the key values and social orders built on them (Leiba-O'Sullivan, 1999) means regarding Islam, to know the doctrine and praxis of marriage, family and reproductive health. Our

research was based on the project Bioethics of Reproductive Health in Islam: Basis, Discussion and Challenges, VEGA num. 1/0585/18, which is unique both regarding contemporary Slovak research, its past research and that of overall European context. The research on the topic of theoretical preparedness for intercultural or interreligious communication has been conducted by us among students of humanities at five Slovak public universities: Comenius University in Bratislava, University of Ss. Cyril and Methodius in Trnava, University of Žilina in Žilina, University of Presov in Presov, and Catholic University in Ruzomberok; at each university n=200. In this article we present the results of one of these. Our research has an ambition to point out, that there is factual deficiency of theoretical recourses and knowledge, that are inevitable for building interreligious and intercultural competencies in Slovak students of humanities.

The aim of our research presented in this paper was to find out, if university students of humanities at Comenius University in Bratislava, Slovakia, are theoretically prepared for intercultural communication regarding islamic teaching on family, female infanticide, reproduction, usage of assisted reproduction technologies and induced abortion. The research was conducted at Faculty of Education in November 4th – 31st, 2018, in form of anonymous questionnaire survey, which was distributed electronically. Out of 200 respondents 20 were men (10%) and 180 women (90%). Age range of respondents was 19 to 47 years; the average is 22,35 years. Respondents were students of bachelor grade – 154 (77%) and master grade – 46 (23%). Our questionnaire consisted of 12 questions. The first part of it consisted of 5 questions which were focused on specification of respondents' group. The second part consisted of questions related to topics of family and reproductive health (Serour, 2008) in Islam. We have chosen those kinds of questions, which have the same answers or attitudes of believers in Sunni, Shi'a and secular Muslim world (Gürtin – Inhorn - Tremayne, 2015). Therefore, we do not focus on areas of criteria for concluding a marriage contract, because those differ according to concrete madhab; nor on third-party donation, pre-implantation sex selection, etc. Our questionnaire consisted of these questions: 1.) How does Islam understand marriage? 2.) If a Muslim would like to marry a woman, what confession she must be? 3.) What is the basic requirement of human procreation in Islam? 4.) What was Muhammad's attitude towards killing female newborns (infanticide)? 5.) Is it allowed to Muslim couples who do have health issues with conceiving a child, to use assisted reproductive technologies? 6.) Is it allowed to Muslim couples to use the advantages of genetic engineering in the case of the elimination of the chromosome, which is a carrier of genetically transmitted disease of their future child? 7.) What is Islam's attitude to induced abortion? Students were supposed to encircle only one of the offered answers to every question. It was the answer that they considered to be correct. We have formulated three research hypotheses, verified them and offered some suggestions for improvement of current situation:

H1: In answering questions about the concept of marriage, the faith of the future wife, and the presumption of the birth of offspring in Islam, respondents will show a better knowledge than in answering those questions regarding feminine infanticide and contemporary reproductive bioethics in Islam. Hypothesis 1 is

based on the assumption that respondents may more often meet the phenomena of the family, the beliefs of the spouses or the presumption of their offspring than phenomena of infanticide and bioethical issues in Islam. We take into consideration the impact of the content of current information from the mass media, of currently the best-selling fiction literature, as well as of more courses in which they could acquire this knowledge, such as religious studies, cultural studies, ethnology, history, etc. The subject matter of feminine infanticide ranks more in the field of gender studies and ethics (in which context bioethics is also being discussed), which already means considerably reduced number of our respondents, who attend these courses. Issues in the field of reproductive bioethics in Islam are rather specific questions that may or may not be discussed in lectures of religious studies, gender studies or ethics. In the context of the current curriculum, they are rather marginal, and therefore, in our opinion, knowing these issues is rather a product of the personal interest and the overview of the respondents. Results: Despite the difference in the definition of marriage in Islam and Slovak legislation (Derková, 2018), respondents had no problem to identify the principles applied in Islam regarding marriage and procreation, but they have failed in the question of the faith of a Muslim's future wife. The correct answer was chosen only by 0% of men and 5,5% of women. Most of respondents have chosen the answer, that future wife of Muslim must be exclusively of Muslim confession: 7,5% of men and 54,5% of women. Therefore, the hypothesis has been partly confirmed.

H2: Answers to the question of Muhammad's attitude to feminine infanticide will largely show the assertion that this is a personal decision of each father. Hypothesis 2 is based on the assumption that respondents will apply the following logic: attitude towards women, behavior of men in relation to them and preservation of their human rights in Islam - as we know them mainly from mass media, fiction, travel records, professional literature, but also from personal journeys to Islamic countries - must also be manifested in the fact that a woman has no right to decide on the life or death of her child. Thus, the question of execution a daughter's infanticide will, under this logic, fall within the man's decision-making competency. Results: The hypothesis has been confirmed, because the most respondents have chosen the answer which claimed, that female infanticide is a deed of personal decision of each father: 4% of men and 37% of women. The least number of respondents has chosen the answer, that it is a deed of personal decision of each mother.

H3: Answers to questions about the usage of assisted reproductive technologies (ARTs), genetic engineering in the human sphere and induced abortion will show those in our culture commonly rooted ideas, that religious belief excludes, resp. does not accept the help of man from the part of scientific progress. Hypothesis 3 assumes that respondents will perceive the religious belief of Muslims (as is often the case in Christians, Jews, etc.) as a braking element in their openness to the possibilities offered by contemporary science. This means that in terms of the use of ARTs, we assume a dominant number of responses that agree with the claim that their use is prohibited; on genetic engineering and the removal of the chromosome that is carrying a genetically transmitted disease - the predominant number of responses claiming to ban the use of the possibility of

eliminating this chromosome; on the attitude of Islam to induced abortion - a dominant number of responses claiming an absolute prohibition of induced abortion. Results: This hypothesis has been confirmed. Respondents of both sexes have agreed on a radical religious ban on what the achievements of scientific research and technology offer. Prohibition of usage of assisted reproductive technologies have chosen 7,5% of men and 73,5% of women. Prohibition of elimination of the chromosome which is a carrier of genetically transmitted disease have chosen 4,5% of men and 57,7% women. The most significant number of respondents who have chosen prohibition, has occurred at question number 7, connected to induced abortion. 5,5% of men and even 62,5% women have encircled the answer of total prohibition of induced abortion in Islam.

We see the problem of absence of knowledge on current Islam in students of humanities at Comenius University in the fact, that this religion is probably presented at a more historical level, by accentuating historically axiomatic individual and social principles. The presentation of history and phenomenology of religions at Slovak universities should therefore not remain in the past, but it should also focus on the present and the future, not only marginally and briefly. Ignorance bears mistrust and prejudice that play a major role in religious conflicts around the world, and therefore we have a moral obligation at universities to prevent these humanity's evils using the objective and up-to-date content of the curriculum that our students can knowingly prepare for encounter with another religion or culture. Since there is a compulsory course of non-confessional religious education in Denmark and Sweden already at primary school, we know with certainty that their pupils are able to form their perception, attitude and respect for another religion in a completely different way than it is in Slovakia, which is still being operated on an unwritten distinction between pupils and parents of believers and non-believers, according to whether their children visit a course of religious education or ethical education, which is extremely superficial and inadequate. Intercultural communication can be built under condition of knowing the religious teachings and practices of people of other cultures, but as long as Slovakia remains at today's level - confessional religious education versus ethical education, it will not avoid the future superficial division of society based on prejudices, nor the general lack of education of pupils in religions and cultures.

Our research has sought to identify, present and evaluate the current state of knowledge necessary for intercultural communication among students. It would be also desirable to find out, how the teachers themselves are involved (Lemešová – Sokolová – Cabanová, 2012). Future research should focus on the content of the courses, which are dealing with interreligious and intercultural dialogue, resp. relations, too. Another question concerns the compulsory literature for students and the equipment of academic libraries with up-to-date, high-quality publications that can intrinsically address students and cause their spontaneous interest in their own intercultural competencies. The following important dimension of intercultural communication of students, after obtaining knowledge, is the ability of critical thinking and factual discussion. We need to find out, whether our students can think critically and also self-critically, and whether they can convert these considerations into a constructive, unaffected discussion.

References:

1. Medzinárodná organizácia pre migráciu. Migrácia na Slovensku. - Available at: <https://www.iom.sk/sk/migracia/migracia-na-slovensku.html>. Retrieved on 7. 4. 2019.
2. Clarke M. Islam, kinship and new reproductive technology, *Anthropology Today*, 22/2006. – Pp. 17-20.
3. Zegers-Hochschild F. – Adamson D. G. – Dyer S. et al. The International Glossary on the Infertility and Fertility Care, 2017. *Human Reproduction*, USA, vol 32/issue 9, 2017. - Pp. 1786–1801.
4. Vívoda M. Rozbor vybraných bioetických výziev v súčasnosti, *Acta Facultatis Theologicae Universitatis Comenianae Bratislaviensis*, Slovakia, vol. XV/issue 2, 2018. - Pp. 99-113.
5. Šoltés R. Politika a etika v živote kresťana, Slovensko, Prešovská univerzita v Prešove, Gréckokatolícka teologická fakulta, 2017. - Pp. 17–86.
6. Mistrik E. Ciele a obsah multikultúrnej výchovy a vzdelávania pre Štátny vzdelávací program ISCED 0 a ISCED 1, Slovakia, 2011. - Available at: http://www.statpedu.sk/files/articles/dokumenty/statny-vzdelavaci-program/mkv_isced_0_1.pdf. Retrieved on 28. 12. 2018.
7. Leiba-O'Sullivan S. The Distinction between Stable and Dynamic Cross-cultural Competencies: Implications for Expatriate Trainability, *Journal of International Business Studies*, USA, vol. 30/issue 4, pp. 709–725, 1999. Available at: <https://doi.org/10.1057/palgrave.jibs.8490835>. Retrieved on 2. 1. 2019.
8. Serour G. I. Islamic perspectives in human reproduction, *Reproductive BioMedicine Online*, 17(suppl. 3), 2008. – Pp. 34-38.
9. Görtin Z. B. – Inhorn M. C. – Tremayne S. Islam and Assisted Reproduction in the Middle East: Comparing the Sunni Arab World, Shia Iran and Secular Turkey, *The Changing World Religion Map*, Holland, 2015. - Pp. 3137-3153.
10. Derková J. Rodina ako výchovné prostredie, Slovakia, 2018. - Pp. 9-10.
11. Lemešová M. - Sokolová L. - Cabanová K. Rozvoj sociálno-psychologických kompetencií v pregraduálnej príprave učiteľov, *Sapere Aude: Vzdělávání a dnešní společnost 2*, Czech Republic, 2012. - Pp. 594-604.

Acknowledgements

The article is written within the frame of the VEGA project num. 1/0585/18: Bioethics of Reproductive Health in Islam: Basis, Discussion and Challenges (2018 - 2019). The project is realized at Comenius University, Faculty of Education, Department of Pedagogy and Social Pedagogy.

УКРАЇНСЬКЕ СУСПІЛЬСТВО ПІСЛЯ ТОМОСУ: РЕАЛЬНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Отримання томосу та проголошення автокефалії української церкви – давно очікувана подія. І справа не тільки в тому, що в незалежній державі має бути і церква, яка б відповідала інтересам української спільноти та духовним запитам вірян. Причини значно глибші, і вони пов'язані з історією державотворення в цілому. Християнство стало ідеологією об'єднання земель Київської Русі. Саме київський князь Володимир у 988 році отримав благословення та віру з рук Константинопольської Церкви-Матері. Так була запроваджена митрополія в Київській державі. З різних причин тоді автокефалія не була проголошена. Українські землі разом з населенням були настільки привабливими, що в подальшому територію країни шматували татари, литовці, поляки та, нарешті, московити. У 1686 році у відповідності до Синодального листа відбулося приєднання Київської митрополії до Московської митрополії. Проте ідеї автентичності, національної самосвідомості та збереження власної культури ніколи не полишали українців. І свої надії вони пов'язували з власною церквою. На початку 20-го століття цю мрію здійснив митрополит Василь Липківський, за якого відбулося самопроголошення автокефалії української церкви. Однак ця спроба завершилась дуже трагічно. Духовні особи та керівники церкви були фізично знищені, і церква перестала існувати. Її послідовники змогли продовжити справу Василя Липківського лише в еміграції. І тільки після проголошення незалежності України склалися передумови для утворення самостійної церкви. Залишилось лише втілити ідею самостійності церкви в життя.

Московський патріархат не погоджувався надати автокефалію. Не для того в 17-му столітті Москва приєднувала до себе Київську митрополію, щоб тепер надати їй самостійність. Варто пам'ятати, що у 1448 році російська церква оголосила себе автокефальною та вийшла з канонічної залежності від Вселенського патріарха, але офіційне визнання отримала лише через століття. У випадку з українською церквою та її правом на самостійність Москва робила все, щоб дискредитувати існування Київського патріархату та української автокефальної церкви, звинувачуючи їх в неканонічності та заперечуючи їх право на існування. Тому для набуття самостійності та визнання патріарх Філарет звернувся до тієї церкви, з рук якої наші пращури отримали християнську віру. Вселенський патріарх Варфоломій 6 січня 2019 року надав Україні право мати самостійну православну українську церкву. Томос є, українська православна церква постала рівною серед інших 15-ти автокефальних церков. Українська мова зазвучала на Фанарі під час Великоднього богослужіння поряд з іншими мовами світового

православ'я. Але, на жаль, проблеми релігійного православного життя в Україні не завершилися. Можна сказати, що вони набули нової гостроти. Віруючі опинилися перед вибором – російська чи українська церква? В політичному плані – російська пропаганда чи національні інтереси? Частина патріотично налаштованих прихожан, які належали до Московського патріархату, виявили бажання стати на бік українського православ'я, і вже більше 500 приходів здійснили такий крок. Решта все ж залишається прихожанами російської церкви. І більше того – чиниться опір і щодо зміни назви церкви на російську православну церкву, як того вимагає прийнятий Верховною Радою Закон про перейменування УПЦ (МП). Відчутні голоси і противників томосу, що закликають відмінити його. Власне й визнання самої української церкви з боку інших автокефальних церков поки що не набуло поширення. Вплив Росії та відстоювання своїх інтересів у світовій політиці поширюється і на сферу релігійного життя. Православна церква Росії має практично державний статус. Втручання в справи релігійного життя церкви України з боку сусідньої недружньої держави має деструктивний характер. Настанови священників, проповіді про братський слов'янський народ, про «руський мир», про силу російської зброї та мудрість керманців мають пропагандистський характер та використовуються як ідеологічна зброя. Сила традиції, вияв послуху перед священниками як слугами Господа, звичка приймати на віру все, що звучить з уст церковного служителя допомагають утримувати вплив російської церкви на свідомість віруючих людей. Одномоментного повороту в бік власної автокефальної церкви годі й очікувати. Є ще важливий момент у діяльності новоствореної церкви. І це не тільки статус, а передусім зміст її діяльності. Церква має бути відкритою, стояти ближче до мирян, до їх проблем та переживань. Благочинність та милосердя, сповідання справжніх християнських чеснот завжди зближало клір та мирян. Церква в Україні відокремлена від держави, але вона не може бути відокремленою від її громадян. Тому в своїй діяльності вона має виявляти громадянську позицію та поділяти надії та сподівання українського народу. Нарешті церква має демонструвати єдність своїх рядів. Суперечки, непорозуміння та боротьба за лідерство в ній не тільки здатні ослабити її, а ще гірше - призвести до розколу.

Цілком зрозуміло, що один лише документ у вигляді томосу не може автоматично вирішити ті проблеми, що склалися сотнями років нашої трагічної історії. Він лише засвідчив відновлення історичної справедливості та право на самостійну діяльність православної церкви в своїй державі. Автокефалія – це принцип існування церков в православному світі і, відповідно, церковна структура. І перші важливі кроки для її набуття уже здійснені, а далі тільки час та самосвідомість українців вирішать долю української церкви за умови збереження та зміцнення незалежної української держави.

РЕЛІГІЙНИЙ ЧИННИК У СВІТОГЛЯДНИХ ТРАНСФОРМАЦІЯХ СУЧАСНОЇ ЛЮДИНИ

Серед основних проблем суспільства на сучасному етапі одне з провідних місць займає проблема світоглядного становлення людини. Саме світоглядні знання як основа світогляду покликані забезпечити розвиток цілісної особистості, здатної до об'єктивного ставлення як до оточуючого її світу, так і до самої себе, до світоглядного вибору, орієнтованого на загальнолюдські й національні цінності. Релігійний чинник відіграє одну з провідних ролей в цьому процесі.

У транзитному суспільстві вплив релігії і релігійних організацій відчувається особливо гостро. До того ж, замість того, щоб створити українську помісну церкву, православні митрополії почали боротися за гегемонію у духовній сфері українського суспільства.

Проблеми сутності світогляду, його типи та зміст аналізуються в роботах В.Дільтея, А.Шопенгауера, Ф.Ніцше, А.Камю, М.Вебера та багатьох інших філософів. Дослідженню світоглядних проблем все більше приділяють увагу сучасні філософи: В.Андрущенко, Г.Балл, О.Камінська, В.Кремень, С.Подмазін та інші.

Як відомо, постсередньовічний період розвитку суспільства пов'язаний з процесом секуляризації, тобто витісненням або зменшенням впливу релігії в житті суспільства, і посиленням ролі науки в громадському виробництві. Беконівський афоризм “знання – сила” стає символом науки і пізнавальної активності людини. Проте криза науки у суспільстві, що трансформується у кінці ХХ – початку ХХІ століття, супроводжується духовною кризою – в суспільстві у особи зростає відчуття відчуження, людина втрачає сенс того, що відбувається і цілі свого життя, набуває широкого поширення нігілізм, скептицизм.

І в цей період ставиться “діагноз нашого часу, домінуючою ідеєю якого стає оцінка секулярного світу того, що забув про Бога”, що втратив релігійну віру: з втратою культурно-історичних коренів, що йдуть в релігію, втрачають свою легітимність соціальні інститути, розхитується і втрачає міцність увесь впорядкований лад життя, а людське свавілля, що стверджується під гаслом свободи і прогресу, стає масштабом людської поведінки, що вже не розрізняє більше в якості непорушних абсолютів добро і зло [1, с. 17]. Згідно з цим діагнозом поступальний розвиток суспільства, оптимальне функціонування його соціальних інститутів безпосередньо пов'язане з поверненням до рятівних істин релігійної віри.

Релігійний чинник в Україні здійснив неймовірно потужний тиск і майже досяг своєї мети – стати домінуючим у свідомості пересічних громадян. Цьому сприяла низка чинників. Вітчизняна дослідниця Л. Кривега, що досліджувала світоглядні орієнтації особистості у суспільстві, що трансформується назвала

низку чинників сприяння посиленню релігійної складової у світоглядній культурі особистості [3]. Зупинимось на деяких з них.

Крах інтелектуального і морального оптимізму, який був характерний для радянської людини, став однією з причин звернення до релігії в якості обґрунтування своїх світоглядних орієнтацій. В порівнянні з наївною довірою до життя і вірою в можливість удосконалення людини і суспільства в марксизмі і комуністичній ідеології в цілому, християнство і новосектантська релігія виявилися стриманішими. Вони краще виражали надію людських спрямувань, необхідність зважати на недосконалість світу.

Трансформація суспільства затребувала такі функції релігії як порятунок (для тих, що не знайшли доки своє місце в новій соціальності), так і форми подяки (для тих, що досягли успіху в цих умовах) або спокутування гріхів. Бо “гріхи”, на думку Ф.Ніцше, завжди неминучі – в них справжня опора влади [6, с. 43]. Для релігії знання вторинне, її покликання – порятунок людини і, передусім його душі. “Релігія є, або принаймні претендує бути, художницею порятунку, і справа її рятувати. Від чого ж рятує нас релігія? Вона рятує нас від нас, рятує наш внутрішній світ від хаосу, що таїться в нім... Вона залагоджує душу. А приносячи світ в душу, вона умиротворяє і ціле суспільство, і усю природу [7, с. 818]”.

Неостаннім чинником ренесансу релігійного обґрунтування світобачення сучасної людини є общинності релігійного життя. Втративши співвіднесену себе з партійною організацією трудовим колективом, патерналістською державою, пострадянська людина виявилася затребуваною лише релігійним колективом, общиною.

Ренесанс релігійного обґрунтування світоглядної орієнтації особи на пострадянському просторі свідчить про прагнення і наполегливу потребу людини набути духовної опори і упевненості перед лицем сучасної кризи, численних потрясінь, загроз, розчарувань. Але це відродження проте саме по собі свідчить не лише про те, що справжній зміст релігій порятунку дійсно стає світоглядним орієнтиром сучасної людини, але і про те, що в його бажанні опертися на міцну, заслугуючу повагу і довіри світоглядну орієнтацію відсутні світські еквіваленти релігії.

Зростання чисельності прибічників “нетрадиційних релігій” досягається майже без залучення масової інформації – головним чином за рахунок проповідницької діяльності на вулицях і в навчальних аудиторіях. Важливим моментом є потужний місіонерський заряд новоявлених пасторів, їх стійке невгамовне бажання поділитися набутою істиною з іншими.

У той же час релігійні установки, і зокрема православ'я, не відповідають якоюсь мірою принципам ринково-орієнтованої особи. Така риса православної духовності як соборність є породженням системи патріархальних цінностей. Цій системі властиві патерналізм і патріархальний колективізм, духовне подвигництво і обрядовість. А ці риси різко протистоять диктату ринку, затребуваності їм таких характеристик як індивідуалізм, прагматизм, соціальна активність, уміння ризикувати. Прагнення “жити як усі”, звільнення від мирських пристрастей, споглядальність, пригнічення соціальної активності – ось спадщина православної моральної виучки: це мораль не для людини і

справи, не для практичного життя, а для життя, присвяченого подвижництву, подвигам духу, для боротьби з Богом в собі, а не у зовнішньому світі [5, с. 23].

Послаблення наукових основ світоглядної культури особи викликано і тим, що висунені тимчасовою наукою ідеали (зокрема, досягнення істини) мають абстрактний характер, не зачіпають структури повсякденного життя людини. Слова Арістотеля “Платон мені друг, але істина – дорожка” не відповідають ціннісним установкам пострадянської людини. Невизначеність істини, плюралізм її інтерпретацій, робить систему соціальних зв’язків значимішою в очах пересічної людини. Голий прагматизм стає домінантою у світоглядній культурі сучасного українця.

Література:

1. Духовность, художественное творчество, нравственность: материалы “круглого стола” / Москва: Вопросы философии. – 1996. – №2. – С. 3-40.
2. Кольев А. Политическая мифология: реализация социального опыта. – Москва: Логос, 2003. – 384 с.
3. Кривега Л. Д. Мировоззренческие трансформации личности в условиях трансформации общества. – Запорожье: ЗГУ, 1998. – 202 с.
4. Леонтьев Д.А. Мировоззрение как миф и мировоззрение как деятельность. Менталитет и коммуникативная среда в транзитном обществе. – Томск.: Т.Г.У, 2013. – С. 11-29.
5. Нетрадиционные религии в посткоммунистической России : материалы “круглого стола” / Москва. Вопросы философии. – 1996. – № 12. – С. 3-32.
6. Ницше Ф. Антихристианин / пер. с англ. А. А. Яковлева. – Москва: Политиздат, 1989. – С. 17-93.
7. Флоренский П. А. Столп и утверждение истины. – Москва: Правда, 1990. – 490 с.
8. Шмалей С.В. Динаміка ціннісної свідомості молоді в сучасний період. / Педагогічні науки. – 2009. – № 54. URL: http://ps.stateuniversity.ks.ua/file/issue_54/56.pdf (дата звернення: 27.07.2018)

Бондажевська Л. С.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
l.bondazhevska@gmail.com

РЕЛІГІЙНІ МОРАЛЬНІ ЦІННОСТІ ТА ЇХ ЗНАЧЕННЯ У МЕДИЦИНІ

У сучасному глобалізованому світі дедалі частіше можна прослідкувати тенденції до регулярних змін та постійних переходів від одних тимчасових цінностей до інших. Здавалося б, що право людини на гідне життя забезпечується значною кількістю міжнародних угод та документів, що їх засвідчують. Проте й

досі існує відчутна різниця у тлумаченні деяких етичних норм, що призводить до непорозуміння та конфліктів. Аксиологічний вимір людського існування наразі є результатом тривалих та суттєвих змін, що відбувалися у соціумі, причому нині ці процеси лише набули прискорення. Відносність та змінність системи цінностей можемо побачити у багатьох сферах людської діяльності, у медицині зокрема. Лікарі, що покликані зберігати найвищу цінність – людське життя, подекуди керуються релятивними, умовними моральними взірцями, що притаманні переважній більшості людей сучасного покоління.

Для ХХІ століття властивою є оцінка суспільства як такого, що має низький рівень релігійності, однак у дійсності ми бачимо, що саме світоглядні питання набувають надзвичайного статусу. Здавалося б, що взаємовідносини між людьми повинні керуватись принципами толерантності, гуманізму, рівності, проте ми спостерігаємо, що і досі ключові поняття філософії та релігії залишаються багатозначними, подекуди невизначеними та все одно значущими. Прагнення до абсолютної свободи щодо віросповідання призвело до того, що сформувалося своєрідне протиставлення віруючої людини та професіонала-медика. Значна кількість лікарів не асоціює себе з жодною з релігій, а якщо і вважає себе релігійною, то має гнучкі та осучаснені погляди щодо власної віри. Ті ж з лікарів, котрі керуються у своєму житті, і у професії зокрема, релігійними моральними нормами, повинні вміти абстрагуватися від емоційного осмислення власного досвіду.

Приміром для монотеїстичних світових релігій (християнства та ісламу) притаманним є покладання долі людини на Вищу силу, котра створює світ та впливає на нього. У такому випадку відбувається переосмислення лікарями результатів власної діяльності не як таких, що протистоять вірі, а навпаки – допомагають втілити благий замисел. Важливим видається той факт, що саме віра, релігійність є основою гуманізму, котрий може вберегти людство від квапливих необдуманих кроків та реалізації занадто сміливих проєктів у медичній сфері.

Калач Д. М.,
ВНМУ імені М.І. Пирогова,
kala4d@ukr.net

ТОЛЕРАНТНІСТЬ ЯК ФУНДАМЕНТАЛЬНА УМОВА МІЖКОНФЕСІЙНОГО ПРИМИРЕННЯ

Сучасний світ знаходиться у стані, де широкомасштабні політичні, культурні, релігійні зміни стали нормою життя і людських відносин. У цих умовах важливого значення набуває процес взаєморозуміння людей різних національностей на основі діалогу, що забезпечує їх мирне співіснування. Це зумовлює взаємопроникнення та збагачення культур. Однак відсутність діалогу створює підґрунтя для міжнаціонального та міжетнічного протистояння, в тому числі й релігійного. У таких умовах глобалізація лише загострює геополітичний антагонізм, що призводить до зростання нетерпимості в світі,

неприйняття позиції іншого. Таким чином, цивілізаційний поступ української держави неможливий без налагодження системи внутрішньоцерковної та міжконфесійної діалогу на основі толерантної взаємодії.

Розуміння толерантності, пов'язане із діалогом та діалогічним мисленням. Кожна віросповідна культура є діалогічною. Діалог, в свою чергу, є одним із основних критеріїв толерантності. Таким чином, сама суть діалогічного мислення нерозривно пов'язана із толерантнішим ставленням до «іншого».

Плюральність у сучасному демократичному світі повинна базуватися на основі толерантності. Це призведе до відкритого діалогу культур та релігійних утворень, що значно зменшить ризики цивілізаційних протистоянь та міжрелігійних конфліктів. Також, у міжконфесійних відносинах проблема толерантності нерозривно пов'язана із самоідентифікацією особистості, межею і можливостями міжрелігійного діалогу.

Толерантність вимагає звернення до контекстуальних умов як на рівні суспільства в цілому, так і на рівні повсякденного життя окремих особистостей [1, с. 47]. У такому розумінні вона має бути вигідна всім, оскільки забезпечує правопорядок і мир, що втілюється в гармонійне співжиття представників різних етноконфесійних груп в межах однієї адміністративно-територіальної одиниці, що становить основу мультикультуралізму. В умовах мультикультуралізму необхідно знаходити шляхи мирного співіснування та змістовного діалогу. Поняття «толерантність» було важливим у всі часи, проте широко його почали застосовувати в епоху європейських релігійних протистоянь, коли стало зрозуміло, що католики чи протестанти не можуть перемогти один одного. У наступні епохи категорія толерантності розширила свій зміст і проникла в культури різних етносів.

У перекладі з латинської «*tolerantia*» означає «терпіння». Це дієслово застосовувалося у тих випадках, коли було необхідно «нести», «тримати» у руках яку-небудь річ. Однак сучасні дослідники зазначають, що буквальный переклад з латинської «*tolerantia*» неточно передає зміст цього поняття, збіднюючи його, оскільки російською мовою терпимість традиційно означає лише готовність поблажливо ставитися до чужої думки, висловлює навіть деяку поблажливість до інших [2, с. 104]. На нашу думку, толерантність передбачає не поблажливість, а доброзичливість, готовність до шанобливого діалогу та співпраці.

Свого поширення термін «толерантність» набув у його англійській інтерпретації – *tolerance*, – де поряд з «терпимістю» він означає також «допускати». Порівняльне зіставлення обох значень свідчить, що за допомогою цього терміна висловлюється ідея міри, межі, до якої можна терпіти іншу людину чи явище, навіть якщо вони не зрозумілі, викликають здивування, неприйняття чи опір. З французької мови термін перекладається як «повага свободи іншого, його стилю мислення, поведінки, релігійних поглядів і т.д.». В арабській мові «толерантність» висловлює «прощення, поблажливість, м'якість, співчуття, терпіння, прихильність до інших людей», тобто це одне з найбільш широких роз'яснень терміна. Перською – «толерантність» розуміється як «терпимість, витривалість, готовність до примирення з противником» [3, с. 55].

У більшості східнослов'янських мов зі словом «толерантність» співвідноситься термін «терпимість», проте в нашому розумінні толерантність – це не пасивне співжиття, не індиферентизм, який призводить не до поваги іншого, а до збайдужіння по відношенню до всього «інакшого». У латинській мові поняття «толерантність» не несе негативного відтінку в значенні «терпіти». Проте в українській мові «терпіти» має виразно негативне забарвлення, означає якусь вимушену дію, певне небажання і відроза до спілкування. Це не терпіння «з милості», а активна дія, співпереживання, розуміння, визнання позиції «іншого» як мені рівного, проте головне – це готовність і відкритість до діалогу. Антропоцентричний світ ХХІ ст. диктує умови, в яких людина не хоче, щоб її просто «терпіли», а щоб на неї звертали увагу і поважали її власний вибір. Одним із засадничих принципів толерантності, без якого неможливо уявити міжрелігійні та міжконфесійні відносини, є діалог. Загалом, коли мова йде про толерантність, то одночасно говорять і про діалог культур.

В античну епоху проблема толерантності не була актуальною, бо її не диференціювали з моральнісних, соціально-етичних, і духовних екскліпацій життя людини того часу, оскільки в межах геоцентричного світогляду, найвищою людською цінністю був Логос, і головне призначення людини вбачалося в загальнолюдському прагненні до гармонії зі світом, тобто природою і соціумом [3, с. 85].

Концепції толерантності, які зароджувалися на християнському підґрунті мали теологічний характер, що значно обмежувало діалогічний аспект для пошуку консенсусу між конфліктуєчими сторонами. Проте, раціональне пояснення толерантності міститься на сторінках Нового Завіту, де закладені принципи діалогу на основі толерантності: взаємність, свобода віросповідання та терпимість.

Однак, за своєю сутністю, змістом та структурою толерантність мала недостатній вплив на розв'язання міжрелігійних та міжконфесійних конфліктів, але створювала передумови для діалогу. Реформаційна думка хоча й зосереджувалася на інтересах конкретних людей у їхньому земному житті, проте не впливала на покращення ситуації, тому що орієнтувалася на індивідуальну мораль і ранній гуманізм, використовуючи його як принцип терпимості в питаннях віри.

Проблема терпимості, яка активно використовувалася реформаційними теологами була тісно пов'язана зі свободою волі, неупередженості щодо внутрішнього досвіду віруючого. Протестантські лідери були проти духовного засилля та догматизму християнства, брали активну участь у політичному і державному житті країни. Натомість, критикуючи засилля римо-католицизму у всіх сферах життя людини, реформаційні релігійні організації у своєму вченні зверталися на етичні принципи та виробляли нові норми та правила поведінки. Звідси випливає і зміна акцентів у конструюванні міжконфесійного діалогу через внутрішню орієнтацію індивіда на заповіді.

За твердженням В. Климова, поняття толерантність сформувалося і конкретизувалося у другій половині ХХ – на початку ХХІ ст. Її основи ґрунтувалися на духовній спадщині людства та практиці міжособистісних

відносин в умовах співіснування різновекторних людських спільнот у всій їхній складності та суперечливості. Сучасне розуміння толерантності передбачає сприйняття, розуміння та повагу до усього розмаїття культур, релігій нашого світу, форм самовираження та самовиявлення людської особистості; право і свободу кожного дотримуватися своїх переконань й визнання такого ж права за іншими [4, с. 419].

Першопричини формування толерантності, крім доцільної обумовленості варто віднести і людську сенситивність, тобто відкритість до сприйняття інших культур, і власне діалогу, в процесі якого людина реалізує себе як співучасник певної зустрічі. Тому діалог – це «специфічна форма суспільної взаємодії, яка базується на рівності та свободі сторін, котрі беруть у ній участь, і спрямована вона на зближення і взаємне збагачення різних позицій» [5, с. 150].

Толерантність важлива не стільки як певна стала чеснота, а як універсальна моральна категорія. Це незамінний механізм для уникнення чи розв'язання конфлікту. Звідси випливає, що толерантність є запорукою миру та гармонійного співжиття людей. Природа толерантності полягає в тому, що вона є необхідною і разом з тим основною рисою духовності людини та потребує зваженого застосування у складному мультикультурному утворенні під назвою глобалізований світ XXI ст.

Адже, на нашу думку, «не різниця в поглядах, якій неможливо запобігти, а відмова терпимості у ставленні до інакомислячих породжує всі війни та сварки. Подібну теорію пропонував ще Дж. Локк» [6, с. 130]. Релігійний фанатизм не повинен брати гору над проповідуваною Христом любов'ю. Гармонія і мир мають стати істинною метою всіх релігій. Освячення істин лише однієї релігії згубно віддзеркалиться на зовнішній поведінці цієї конфесії. Досягнення благополуччя можливе лише за умов утвердження принципів толерантності, дотримання яких призведе до визнання «іншого» як рівного собі.

Подолати сформовану тенденцію нетерпимості можливо кризь призму системи освіти і виховання підростаючого покоління. В останні роки активно висловлюються ідеї про розширення можливостей організації занять, присвячених релігійному вихованню та освіті, в стінах шкільних класів (поза обов'язковим шкільним розкладом і для бажаних) і аудиторіях вищих навчальних закладів. Однак важко собі уявити, як це буде виглядати в умовах української поліконфесійності, коли в одній школі, одному класі навчаються діти різної конфесійної приналежності. Саме через освіту, тобто через виховання молодого, підростаючого покоління можливо запропонувати ідею толерантності як обов'язкову для виконання не лише в теорії (як це існує сьогодні), а як реалізувати на практиці та використовувати у повсякденному житті. Це дуже довготермінова і клопітка робота, яка потребує тривалого часу для отримання бажаного результату. У подальшій перспективі зміна системи освіти сприятиме встановленню цивілізованих відносин між людьми незалежно від релігійних переконань. А відсутність переслідувань і розуміння «іншого» буде втіленням базових принципів толерантності у майбутньому.

З вище сказаного можна резюмувати твердження про необхідність прийняття та розуміння «іншого» у звичних для нього світоглядних установках

і релігійних проявах. Толерантність має перспективу, коли людство навчиться сприймати позиції чужого як уже об'єктивно існуючу реальність, з якою необхідно мирно і плідно співіснувати на засадах гармонії і поваги, що реалізується через утвердження імперативів толерантності. Але слід чітко визначити, що почуття толерантності не може виникати зі стану байдужості. Релігійний індуферентизм не є толерантним ставленням. В основі дієвої толерантності повинен лежати конструктивний діалог і ідея мирного співпереживання. Отже, ідея толерантності – єдино необхідна запорука мирного майбутнього.

Зазначимо, що принципи толерантності змінюються в залежності від ситуації, тому вони носять концептуальний характер. Це ті базові установки, яких необхідно дотримуватися для налагодження толерантного ставлення у міжконфесійних відносинах. Вони є єдиним можливим плацдармом для гармонізації релігійної ситуації в країні. Базуючись на принципах любові, визнанні позиції іншого, співпереживанні, ненасиллі, співпраці, спільному моральному вченні, терпимості, повазі, інтелігентності, взаємоступальності та інших, толерантність має бути впроваджена в складений плуральний світ, лише тоді міжконфесійна злагода буде реалізована у конструктивному міжконфесійному діалозі.

Література:

1. Пружинін Б. Матеріали круглого столу українських та російських філософів : Єдність світу і розмаїття культур // Філософська думка. – 2011. – № 4. – С. 44-47.
2. Ефимова Д. В. Национальное самосознание и межэтническая толерантность [Текст] / Д. В. Ефимова, Ю. А. Макаров. – Пенза : ПГПУ им. В. Г. Белинского, 2004. – 311с.
3. Троїцька О. Релігійна толерантність у контексті сучасних діалогічних викликів / О. Троїцька // Versus. – 2014. – № 2. – С. 85-89.
4. Климов Т. Толерантність міжрелігійних відносин в її досвіді, проблемах і перспективі / Релігія – світ – Україна. Колективна монографія в 3-кн. – Кн. III: Релігійні процеси в перспективі їх виявів // Українське релігієзнавство. – К., 2012. – №61. – С. 418-439.
5. Волова Л. Діалектика традицій і новаторства у розвитку міжконфесійних відносин на етапі становлення суверенної України : дис. на здобуття наук. ступеня кандидата філ. наук: спец. 09.00.03 / Л.О. Волова – Запоріжжя, 2000. – 184 с.
6. Локк Дж. Послание о веротерпимости // Сочинения в трех томах: Т.3. – М. : Мысль, 1988. – 668 с. – (Филос. Наследие. Т.103). – С. 91-134.

СТУДЕНТСКА СЕКЦИЈА

Шарай Е. В.,
студентка НМУ имени А. А. Богомольца
jerusalem.sister@gmail.com

Научные руководители:

Васильева И. В.,
д. филос. н., проф., зав. кафедры
философии, биоэтики и истории медицины
НМУ имени А. А. Богомольца;
Гождзинский С. М.,
к. хим. н., доц. кафедры медицинской и общей химии
НМУ имени А. А. Богомольца

ВОПРОСЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА И ПАЦИЕНТОВ В КОНТЕКСТЕ ТРАДИЦИОННОЙ РЕЛИГИОЗНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ, ИСТОРИИ И СОВРЕМЕННЫХ РЕАЛИЙ

«Блаженны мы, врачи, если помним, что кроме тел перед нами – бессмертные души, которых, согласно евангельской заповеди, мы должны любить, как самих себя.

В этом – наше удовлетворение, а не в том, чтобы слышать, как нас провозглашают целителями физических недугов (особенно тогда, когда совесть подсказывает нам, что физический недуг прошел сам собой!)»

Джузеппе Москати

«Я верю, придет день, когда мы, заболев и не ведая причины недуга, доверимся физикам, которые, ни о чем у нас не спрашивая, возьмут кровь, выведут на основании ее анализа несколько величин, после чего, заглянув в таблицу логарифмов, исцелят нас какой-нибудь пилюлей... И все-таки, случись мне заболеть, я, пожалуй, пойду к старому сельскому врачу, который взглянет на меня искоса, пощупает мой живот, выслушает мои легкие, потом, немного покашляв, ..., почешет бороду и, чтобы вернее меня исцелить, улыбнется мне... Разумеется, я преклоняюсь перед Наукой. Но я преклоняюсь и перед Мудростью».

А. де Сент-Экзюпери

При поступлении в медицинский ВУЗ молодые люди в значительной степени движимы альтруизмом и воспринимают медицину как призвание. Однако необходимость переработать огромный объем информации, чтобы понять биологическую суть заболеваний, освоить клинические основы различных специальностей, и при этом вникнуть в вопросы организации и экономики практической деятельности врача все меньше оставляет времени для духовно-нравственного развития студента. Интенсивный прагматизм современного медицинского образования, стремление внедрить новые технологии, сложность учебного процесса не должны уводить студентов от основных ценностей медицины – состраданию, желанию помочь больному. Различные аспекты этики требуют постоянного пристального внимания из-за её уязвимости. Она стала подвергаться все более ощутимым испытаниям

в связи с коренным пересмотром деятельности системы здравоохранения в современном технократическом, все более утрачивающим морально-нравственные ценности в мире.

Реальностью современного общества является включение медицины в систему товарно-денежных отношений. Рыночные отношения здравоохранения уже подменяют само понятие «медицинская помощь» понятием «медицинская услуга», которая различается по-своему этико-деонтологическому содержанию. Однако здоровье не может выступать в качестве предмета рыночных отношений. Оно не продукт и не товар, а процесс, в котором во главу угла должны возводиться сострадание, эмпатия, солидарность врача и пациента в усилиях победить болезнь. Ибо в медицине мудр не тот, кто много знает, а тот, кто умеет пользоваться этим, завоевывая доверие больного. Состояние же дел в отечественной медицине указывает на стремление превратить ее в «доходное ремесло». Еще несколько десятилетий назад врач не был ограничен в праве лечить не по трафарету, алгоритму, а в рамках использования стандартных технологий в сочетании с индивидуальным подходом к лечению конкретного пациента. Сейчас же из самого смысла врачевания постепенно изымаются гуманистические компоненты, низводя лечащего врача до уровня беспрекословного использования стандартных технологий, следуя основному принципу бизнеса: «При минимальных затратах, Вы должны достичь максимальных результатов». Страховые учреждения, озабоченные собственным финансовым благополучием, стали приветствовать и даже материально поощрять сокращение сроков госпитализации, повышения пропускной способности стационара.

Беспристрастность и опора только на клинико-диагностические исследования, восприятие пациента не как личность, а как некий механизм в работе которого произошли сбой и поломки выхолащивает морально-этические нормы взаимоотношения между врачом и пациентом. Отношения к человеку, как к объекту, а не субъекту, материал для своих профессиональных амбиций и научных исследований “расчеловечивает” медицину и медицинский персонал. Ярким отражением такого явления сериал «Доктор Хаус», где главный герой талантливый, но бездушный, черствый, попирающий нравственные и моральные ценности, ученый-медик. И показательно, что этот образ приобрел большую популярность среди студентов-медиков и врачей. Это показывает серьезные этические проблемы главнейшей и, по сути, одной из самых христианских профессий – врачевания.

А ведь те вызовы и проблемы, которые стоят перед ней, требуют от ученых-медиков, врачей, медицинских работников устойчивых морально-нравственных ориентиров. В основе их – польза для пациента всегда должна превышать научный или общественный интерес. Больное человечество всегда стремилось и стремится к исцелению, но первостепенное значение всегда имело и имеет методы, какими это достигалось и будет достигаться. Освобождение от боли и страданий путем убийства страждущего (эвтаназия), достижение здоровья с помощью трансплантации, насильственным изъятием органов из трупов, излечение тела с использованием лекарств, изготовленных из умерщвленных человеческих эмбрионов, рождение ребенка с помощью

уничтожения других (пробирочных детей) – список можно продолжать и продолжать – это не только не исцеление, а новые формы проявления духовно-нравственных заболеваний современного общества. Не менее опасно направлять развивающуюся сейчас бурными темпами биотехнологию на создание управляемого человека. Имеется ввиду влиять на него, а также животных и растений, которыми он питается, посредством генной инженерии. Генная модификация направляется на создание управляемого со слабой волей и здоровьем человека, который будет постоянно нуждаться в медикаментозной поддержке и не сможет дожить до пенсионного возраста. На пороге нового технологического уклада следует готовиться и к генетическим войнам, в ходе которых может решаться вопрос о том, кто имеет шанс уцелеть. Создание вирусного и генного оружия призвано радикально сократить население Земли. Все эти изыскания проводятся на фоне новых технологических экспериментов с геномом человека. Из истории человечества известны страшные эксперименты и попытки осуществить на практике теоретические воззрения Мальтуса, Ницше, Менгеле. Ощутимый удар по ценностным ориентирам медицины был нанесен работой Дарвина «Происхождение видов» (1859 год). Она оказала сильное влияние на умонастроение ученых и философов того времени. Основные принципы евгеники были сформулированы английским психологом Френсисом Гальтоном, двоюродным братом Дарвина в конце 1863 года. С этого же периода начинают внедряться идеи социального дарвинизма, положившие начало разработке методов «улучшения» наследственных качеств будущих поколений (одаренность, умственные способности, здоровье). Первоначально перед евгеникой ставились гуманные цели борьбы с наследственными заболеваниями, увеличение интеллектуального потенциала человечества, борьбе с явлениями его вырождения. Позднее на государственном уровне её стали применять для улучшения расы. В этих целях вредные для общества лица подлежали обязательной стерилизации. Подобные программы в 1920-1950-х годах внедрялись в ряде штатов США. Первый, который принял евгенистический закон — штат Индиана (1907 год). В Северной Каролине стерилизации подлежали автоматически все люди, чей IQ был ниже 70, а также бедняки. За эту операцию им даже платили премию 200 долларов. Подобные программы принудительной стерилизации еще с 20-30-х годов XIX века осуществлялись и в Европе: Дании, Норвегии, Финляндии, Швейцарии, Швеции, Эстонии.

В фашистской Германии 1933-45-х годов от принудительной программы стерилизации «неполноценных» людей перешли к решению о большей целесообразности физического уничтожения. Нацистские евгенистические программы приобрели статус государственных и перешли к осуществлению на практике расовой политики. Отсюда осуществление Холокоста, человеконенавистнической политики на оккупированных территориях с массовым истреблением местного населения, превращение части его в подопытный материал для так называемых научных исследований для выведения сверхчеловека. И во всех этих программах активное участие принимали немецкие медики. В конечном итоге, по оценке М.Н. Катера [1], почти 50% всех врачей в Германии были членами нацистской партии, 26% — штурмовиками и более 7% служили в СС (эти цифры в 7 раз превышали

средние показатели среди работающего мужского населения Германии)[1]. Врачи приняли на себя отведенную им особую роль в перестройке государства. По приказу Гитлера нацистская медицина стала передним фронтом решения расового вопроса. Фюрер говорил, обращаясь к врачам: “Без Вас, врачи национал-социалисты, я не могу обойтись ни одного дня, ни одного часа. Если не вы, если вы меня подведете, то все потеряно” [1]. Больные и немощные стали ненужным балластом для фашистской Германии. Цель создания чистой арийской расы стала преобладать над большинством фундаментальных этических проблем в медицине. Теперь исцеление приобретало новый, социально-политический смысл. Отвергалась сама мысль об уязвимости и страданиях большого числа людей. Они рассматривались лишь в качестве лиц, оскверняющих чистоту государства.

Врачи Третьего Рейха не просто молча соглашались с его расистской политикой, а принимали активное участие в реализации её различных человеконенавистнических проектов. Они проводили отбор в концлагеря, заболевших отправляли в газовые камеры, проводили бесчеловечные эксперименты на людях по заказу немецкой армии. Немецкие врачи не просто отклонились от традиционной этики, а явили собой яркий пример того, как может быть “расчеловечен” человек самой человеческой профессией – врачом. Из того, кто был призван к милосердию и состраданию можно сделать садистов и убийц. А ведь все они учились в классических университетах, читали клятву Гиппократов. Можно задать вопрос: “А как же такое могло произойти?” Могло и может в условиях падения морально-нравственных устоев, исковерканных этических норм. Разрушения внутренних регуляторов поведения людей таких как совесть, долг, честь. Столетиями основные принципы врачевания основывались на модели Гиппократов – «не навреди», модели Парацельсов – «делай добро», модели деонтологии – соблюдение долга, прав и достоинств человека. Именно Гиппократ в своей клятве впервые попытался внедрить трансцендентальную ответственность врача за свои поступки не только перед своей совестью, но и перед высшей силой – Богом.

Вопросы взаимоотношения человеческого тела и души веками волновали умы великих философов и врачей:

– древнегреческий философ Платон, младший современник Гиппократов, писал: «Как для здоровья и болезни, так и для добродетели и порока не существует большей соразмерности (или же несоразмерности), чем между душой и телом...» [2].

– известный представитель арабской медицины – врач и философ Ибн Сина Авиценна (980-1037 гг.), автор более 100 сочинений о различных областях знания, среди которых «Канон врачебной науки» – медицинский труд, на основании которого до середины XVII в. преподавалась медицина во всех университетах Европы. Он также отразил тесную взаимосвязь человеческого тела и души в своей «Поэме о медицине».

– еврейский врач Моисей Маймонид (род. в 1135 г.), автор «Молитвы врача», видел прямую зависимость успеха медицинской деятельности от нравственных качеств специалиста, прививаемых именно религией. Он писал: «Врачебное дело воспитывает в человеке скромность, богобоязненность и

любовь к здоровью... врачебная деятельность дает выход к совершенству, к нравственности, к познанию Бога, к достижению истинного счастья – можно сказать, что это труд во имя Творца...» [3]. Рамбам считал, что врач даже не должен приступать к лечению пациента, пока не избавится от дурного настроения или душевного состояния, а источником своего морального совершенствования считал именно Бога: «Помоги мне, Всевышний, в каждом человеке, который обратится ко мне за помощью, не видеть, богат он или беден, а видеть только больного...» [3].

Однако весь исторический религиозно-медицинский опыт немыслим без существования мировоззрения, основанием которого стала новая эра в жизни человечества, положившая началом не только своего летоисчисления, но и морали факт Рождества Христова. С этого момента пошел отчет совершенно новых основ взаимоотношений в человеческом обществе. Гуманизм этих позиций основывался не на абстрактном антропоцентризме античных философских взглядов. Его доктрина – реальное богоподобие человека, возможность реализации религиозных стремлений не с помощью жертвоприношений и ритуалов, а при непосредственном служении ближнему как образу и подобию Божию.

Важным примером именно такого жизненного выбора является наш современник Святитель Лука. Архиепископ Симферопольский и Крымский Лука, в миру – Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий, родился 27 апреля 1877 года в Керчи. Основу представления о нравственных ценностях заложили с детства родители, особенно отец Святителя, Феликс Станиславович Войно-Ясенецкий. «Если можно говорить о наследственной религиозности, то, вероятно, я унаследовал ее главным образом от очень благочестивого отца. ...Отец был человеком удивительно чистой души, ни в ком не видел ничего дурного, всем доверял...» [4, с. 33] – писал Валентин Феликсович. А ответ на внутренний поиск духовных начал и пути молодой Святитель получил в православном центре – Киево-Печерской Лавре. Часто посещая монастыри и храмы Киева по причине выполнения обязательного урока Киевской художественной школы, молодой Валентин пришел к глубокому осознанию своей судьбы. Воспроизводя в своих эскизах одухотворенные молитвой лица паломников, он поневоле соприкасался с духом и душой этих людей, старался проникнуть в их судьбы, характеры, понять их невзгоды и проблемы. Эти внутренние духовные переживания привели его к глубокому осознанию своей судьбы и к твердому решению оставить школу искусств для получения практической профессии в помощь бедным людям: «Я не вправе заниматься тем, чем мне нравится, но обязан заниматься тем, что полезно для страдающих людей» [4, с. 34].

Поступив в Киевский Университет Святого Владимира, Валентин Феликсович окончил его с отличием. Будущий святитель к всеобщему удивлению коллег, которые пророчили ему профессорское кресло, стал земским врачом при госпитале Киевского Красного Креста в сложное время войны с Японией. Уже в первые месяцы практической работы проявился твердый, волевой характер и высокий профессионализм молодого хирурга: «... не имея специальной подготовки по хирургии, стал сразу делать крупные ответственные операции на костях, суставах, на черепе. Результаты работы были вполне хорошими...» [4,

с. 38]. – вспоминал сам Валентин Феликсович.

В 1909 году из Фатежа в Москву простой земский врач, а чаще называли «мужикский врач» привез готовую тему докторской диссертации: методы регионарной анестезии. Об этой проблеме, как оказалось, ничего не слышали московские хирургические светила: «Из Москвы не хочу уезжать, прежде чем не возьму от нее того, что нужно мне: знаний и умения научно работать... А работа предстоит большая: для диссертации надо изучить французский язык и прочитать около пятисот работ на французском и немецком языках. Кроме того, много работать придется над докторскими экзаменами» [4, с. 42], – писал Валентин Феликсович матери. В 1915 году в Петербурге вышла первая книга В. Ф. Войно-Ясенецкого «Регионарная анестезия», которую он представил и защитил в качестве докторской диссертации. И книга, и диссертация получили высочайшие оценки. Известный ученый профессор Мартынов в официальном отзыве как оппонент писал: «Мы привыкли к тому, что докторские диссертации пишутся обычно на заданную тему с целью получения высших назначений по службе и научная ценность их невелика. Но когда я читал Вашу книгу, то получил впечатление пения птицы, которая не может не петь, и высоко оценил ее» [4, с. 43]. Вскоре она удостоилась премии Варшавского университета как лучшее произведение, пролагающее новые пути в медицине.

Жертвенность, выполнение долга и христианская любовь к ближним были основой жизни Валентина Феликсовича, поэтому в период страшного времени гонения церковью, когда некоторые священнослужители снимали с себя сан, испугавшись репрессий, профессор Войно-Ясенецкий, повинувшись призыву Божию, принимает рукоположение. Будучи священником, он оставался профессором медицины и читал лекции по топографической анатомии и оперативной хирургии в рясе и с крестом на груди. Архиепископ Лука учил своих учеников «человечной хирургии»: с каждым больным и раненым он как бы вступал в личные отношения, помнил каждого в лицо, знал фамилию, держал в памяти все подробности операции и послеоперационного периода. Широко известны Его слова: «Для хирурга не должно быть «случая», а только живой страдающий человек» [5, с.3].

Смирненно избрав свой путь, Святитель почти 11 лет провёл в тюрьмах и ссылках по сфабрикованным делам. Первый секретарь Ленинградского обкома Киров, лично уговаривал его снять сан, после чего обещал тут же предоставить ему институт. Но Владыка не согласился даже на печатание своих книг без указания сана.

Когда началась Вторая Мировая война, архиепископ Лука находился в ссылке. Оттуда он написал письмо всероссийскому старосте М.И. Калинин с просьбой направить его на фронт, где он может быть наиболее полезным. А ссылку обязывался добыть после войны. За патриотизм он удостоился медали «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 годов».

В начале 1946 года постановлением СНК СССР с формулировкой «За научную разработку новых хирургических методов лечения гнойных заболеваний и ранений, изложенных в научных трудах „Очерки гнойной хирургии“, законченном в 1943 году, и „Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов“, опубликованном в 1944 году», профессору Войно-Ясенецкому была

присуждена Сталинская премия первой степени в размере 200 000 рублей, из которых 130 тысяч рублей он передал на помощь детским домам. Лука Войно-Ясенецкий был единственным священнослужителем, удостоенным этой премии.

Труд «Очерки гнойной хирургии» написаны с большой любовью к страдающему человеку к читателю и до сих пор является настольной книгой практикующих хирургов. Есть в книге строки, подтверждающие с каким трепетом, подлинно христианским вниманием относился Войно-Ясенецкий к больному: «приступая к операции надо иметь в виду не только брюшную полость, а всего больного человека, который, к сожалению, так часто у врачей именуется «случаем». Человек в смертельной тоске и страхе, сердце у него трепещет не только в прямом, но и в переносном смысле. Поэтому не только выполните весьма важную задачу подкрепить сердце камфорой или дигаленом, но позаботьтесь о том, чтобы избавить его от тяжелой психической травмы: вида операционного стола, разложенных инструментов, людей в белых халатах, масках, в резиновых перчатках – усыпите его вне операционной. Позаботьтесь о согривании его во время операции, ибо это чрезвычайно важно» [5, с.3].

Врачуя тела и души людей, святитель Лука называл себя «скальпелем в Божьих руках». В каждой строчке его знаменитого труде «Дух, душа и тело», который Святитель начал писать в начале прошлого столетия, уже будучи хирургом. Ярко выражен христианский подход врача к больному, любовь к человеку как образу и подобию Божьему. Духовное и душевное состояние как врача, так и пациента вот что главное в этом симбиозе. Признавая влияние телесной стороны человека на духовное, Валентин Феликсович видит и обосновывает обратное, влияние духа на тело. Принцип взаимодействия врача и пациента, согласно учению Святителя Луки, соответствует так называемой патерналистической модели. В ней сошлись христианские и этические принципы на отеческом отношении врача к больному, когда первый берет на себя ответственность за лечение пациента. Он подчеркивал в своих трудах что врачу надо быть особенно внимательным во время общения с больным, потому как слова могут как исцелить, так и поколебать веру последнего в его выздоровление.

Конечно же каждому человеку отдавая себя без остатка страданиям ближних, необходим источник, где черпать силы любви и умиротворения. Для Святителя Луки таким источником стали Вера и верная спутница, посланная Всевышним. Они познакомились в госпитале киевского Красного креста возле Читы. «Святая сестра», так называли ее сослуживцы. Анна была высокой статной девушкой с тяжелой косой каштановых волос, доходящей до талии. Белая косынка сестры милосердия обрамляла ее нежное лицо с правильными чертами. Ее выбором и желание было посвятить свою жизнь Богу. Молитва и служение будто давали ей силы, радость, покой [6, с. 77 – 78]. Глубокая духовность и любовь к ближнему сразу привлекли внимание молодого врача, приехавшего в госпиталь в 1903 году возглавить хирургическое отделение. «Она покорила меня не столько своей красотой, сколько исключительной добротой и кротостью характера» писал Валентин Феликсович [4, с. 39], он тотчас подметил ее искреннюю заботу о больных, ее готовность выполнить любое даже самое

тяжелое поручение врачей. Девушка не боялась крови, гноя, пролежней, не чуралась обмывать лежачих, не гнушаясь резкого запаха стариков. Она была приветлива и ласкова со всеми и для каждого находила доброе слово [6, с. 79]. Лишь она смогла понять странное и непонятное в глазах окружающих самоотречение Войно-Ясенецкого, в 1904 году они обвенчались в церкви Архангела Михаила. Будучи уже супругой, Анна Васильевна оказывала мужу важную помощь в амбулаторном приёме и в ведении истории болезней которых было невообразимое количество. Только за год на 30 койках без электричества, водопровода, рентгеновского аппарата молодому хирургу удавалось выполнить более 1000 операций – то, что, сейчас делают за год бригады из 6-7 хирургов [7]. Анна скончалась от туберкулеза в Ташкенте в 1919 году, оставив 4-х маленьких детей на руках у Валентина Феликсовича. На ее могиле он собственноручно написал слова из Нагорной проповеди Христа: «Чистая сердцем, алчущая и жаждущая правды...» [8].

Очень точно в этих словах открыт выбор жизненного пути сестер милосердия.... «Они были белыми ангелами, утоляющими муки раненых воинов», так описал служение сестер, помогавших солдатам на русско-японской войне, Викентий Вересаев [9].

Нравственный облик и внешний вид сестер милосердия, привлекали внимание общества к христианским ценностям, являлись их наглядным исповеданием. Особенно служение сестер милосердия открыло всему миру, важность женского участие в спасении раненных во время Крымской войны. Сестринские нежные руки причиняли меньше страданий, женское чуткое сердце угадывало малейшее пожелание солдат, ставших вдруг совершенно беспомощными. Несмотря на тяжесть труда, это служение приносило удовлетворение, радость и осознание, что они исполняют свой христианский долг «деятельной любовью к ближним».

Пирогов Н.И. лично осуществлял руководство и организационную деятельность в формировании нового социального института. «Я думаю, что наши учреждения сестер не должны ничего заимствовать у западных, а должны установиться на новых началах. Наша сестра милосердия... должна быть женщина с хорошим образованием, при том она непременно должна сохранить чувствительное сердце» - говорил Николай Иванович [10]. По Его замыслу сестры были распределены по 4 основным направлениям:

- Сестры -хозяйки, аптекарши;
- Сестры - сортировальщицы воинов по степени тяжести их ранений;
- Сестры операционные, перевязочные;
- Сестры утешительницы (которые вместе с православным священником, духовно укрепляли умирающих раненных и помогали совершать над ними все необходимые таинства).

После окончания Крымской войны, Пирогов писал: «...горжусь тем, что руководил их благотворительной деятельностью» [11, с. 76]. В мирное время между войнами благотворительная деятельность сестер милосердия была обширной. Они воспитывали как сирот так и «подкидышей» (незаконнорожденных детей, брошенных матерями), заботились о инвалидах, заключенных в тюрьмах, кормили голодных и обездоленных, помогали бедным больным. Одной из

показательных общин была Мариинская община сестер милосердия в Киеве. При ней было построено три лечебных заведения – лечебница и больница по Мариинско-Благовещенской, 75 и лечебница по Хоревой, 37. Всеми ими руководил главный врач Михаил Михайлович Дитерихс. Кроме основных курсов сестер милосердия с 1911 г. имелись еще курсы для подготовки сестер запаса Красного Креста военного времени, а также убежище для потерявших трудоспособность сестер милосердия.

Однако, к концу 19 века цели и задачи которые ставил перед собой созданный РОКК (Российское Общество Красного Креста) – оказание сугубо медицинской помощи, привели к выхолощенности духовной основы деятельности общин сестер милосердия. Все больше стало появляться случаев вступления женщин в их ряды ради получения образования, крова над головой и пропитания. При достижении желаемого образования они покидали общины. Сергей Махаев, законоучитель московской Иверской общины писал: «...думали, что можно строить здание христианской любви на зыбком основании мирской благотворительности, забывая, что это значит желать действия без причины, так как добродетель христианского самоотвержения есть проявление христианского духа и нельзя требовать совершения этой добродетели от людей, не имеющих этого духа. <...> Во всяком случае, милосердие, покоящееся только на естественных чувствах сострадания и долга, не имеет того богатства содержания, внутренней силы и устойчивости, какие присущи только христианскому милосердию» [12]. Видя все это Святая великая княгиня Елисавета Феодоровна Романова, открывая в 1909 году Марфо-Мариинскую обитель милосердия, создавала женскую православную общину совершенно иного типа, прежде всего – церковную. К сожалению, все попытки «воцерковления» общин сестер милосердия потерпели крах, и она стала искать новые формы женского церковного служения. Великая княгиня писала «Мне...не хотелось обращать мою Обитель в обыкновенную общину сестер Милосердия, так как во-первых там только одно медицинское дело, а другие виды даже не затронуты и во-вторых в них нет церковной организации, и духовная жизнь на втором плане, тогда как должно быть совершенно наоборот» [12]. Но война внесла свои коррективы находящиеся в Марфо-Мариинской обители милосердия больница, аптека, амбулатория и все служащие сестры стали работать на нужды фронта.

Первая мировая началась с небывалого подъема патриотизма, многие женщины стремились на фронт и становились сестрами милосердия. На передовой служили около 20 тысяч сестер милосердия, их помощь была не оцененной. «Белые голубки» как называли их солдаты, стали символом этой войны [13].

В годы Октябрьской революции и гражданской войны произошли изменения не только в органах власти, но и этические нормы, представления о морали и нравственности. Подлежал слому и институт сестер милосердия, который в глазах большевиков был тесно связан с религией и буржуазией. В 1920 г появился циркуляр народного комиссариата здравоохранения РСФСР№1026, согласно которому сестры милосердия стали именоваться просто сестрами, а слово «милосердие» из названия удалилось. Это был последний этап перерождения сестер милосердия в современных медицинских

сестер, сестричество стало сугубо профессией [14].

Не смотря на гонения и репрессии, сестры милосердия остались верны своему христианскому служению, сменив белые апостольники на белые медицинские халаты. В годы Второй мировой войны они помогали больным и раненым на полях сражений, госпиталях и партизанских отрядах. В послевоенный период сестры стали опорой ветеранов и инвалидов войны, и многие из них продолжили свое христианское служения, приняв монашеский постриг.

Возрождением традиции служение сестер милосердия стало открытие первой сестринской общины в 1992 году на постсоветской территории. В условиях катастрофической нехватки среднего медицинского персонала прихожанки православных Храмов начали объединяться в сестричества милосердия. По нашим данным в настоящее время только в Киеве насчитывается около 12 сестриществ милосердия, а по всей Украине около 30 общин и эта цифра растет. Все современные общины и сестричества зарегистрированы как религиозные или общественные благотворительные организации, во главе большинства которых стоит священник, а старшие сестры исполняют роль его помощников. Служение сестриществ охватывает больницы, хосписы, богадельни, приюты, детские дома, специализированные диспансеры и патронажные службы. А благотворительная деятельность общин и сестер стала включать в себя не только медицинскую помощь, но и главное их предназначение, духовная окормление страждущих, утешение и молитвенная поддержка умирающих. Не смотря на 70-летнюю историю планомерной и ожесточенной борьбы с религией, социальные опросы последних лет свидетельствуют, что 32% населения заявляют, что вера играет в их жизни важную роль. В частности, согласно данным опубликованным в декабре 2018 года американским исследовательским центром Pew Research Center, Украина заняла 11 место по религиозности среди 34 европейских стран [15]. В основе процесса возрождения института милосердия стало преимущество традиций, заложенных такими выдающимися людьми как Пирогов Н.И., доктор Гааз, Великая княгиня Елисавета Феодоровна, Боткин, Вересаев и конечно же Святитель Лука (В.Ф. Войно- Ясенецкий). Эти великие люди оставили для современного поколения медиков поистине сокровищницу опыта сохранения ценностей и христианских традиций врачевания. Их завещание нам — это пример высокой нравственности, милосердия, гуманности, бескорыстного самоотверженного служения на благо человека. Какая бездна и пропасть между таким подходом к врачеванию и существующей сейчас тенденции взаимодействия медицинского персонала и больных. Христианство, заложив прочное духовно нравственное основание медицины, на протяжении многих веков являлось драйвером развития медицинской помощи и медицинской науки.

Проблемы современной отечественной медицины напрямую связаны с заменой древних испытанных Христианских ценностей, переданных выдающимися нашими предшественниками, на секулярные ценности гуманизма. Теперь вопрос к нам, насколько мы сможем воспринять и вместить этот бесценный опыт, сможем ли мы его реализовать в своей непосредственной врачебной деятельности, и главное, что мы передадим будущим поколениям.

Литература:

1. Бэрондесс Дж. А. Медицинская этика: размышления о социальном дарвинизме, расовой гигиене и холокосте*/Translated, with permission of the ACP — ASIM, from: Barondess J.A., Care of the medical ethos: reflections on social darwinism, racial hygiene and the holocaust. Ann Intern Med 1998;129:891—98/ [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.mediasphera.ru/journals/mjimp/2000/1/r1-00-2.htm>
2. Гюго Глязев О мышлении в медицине / 2-Гиппократ / [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.bibliotekar.ru/424/4.htm>
3. Зигуненко С. Н. 100 великих тайн медицины. 2013/ Авицена, стр 9,10/ Маймонит, стр 11,12
4. Святитель Лука (Войно-Ясенецкий) «Дух, душа и тело». – К. : ВД «Авицена», 2010. – 208 с.
5. Войно-Ясенецкий В. Ф. (Архиепископ Лука) Очерки гнойной хирургии. – М. – СПб.: ЗАО «Издательство БИНОМ», «Невский Диалект», 2000 - 704 с, ил./ стр.3 / [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://medotdel76.ru/uploads/files/voino_yaseneckiy_ocerki_gnoynouy_hirurgiiy.pdf
6. Пасхальные люди: рассказы о святых женах/Инна Андреева. – Москва: Эксмо, 2017. – 256 с.
7. Житие священноисповедника Луки, архиепископа Симферопольского и Крымского. Святитель-хирург / [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://lib.pravmir.ru/library/readbook/2291>
8. Семья и подвижничество/ Сост. Е. Егоница. М.: Слово и дело, 2011, - 143 с. / [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://books.google.com.ua/books?id=NT_rAgAAQBAJ&pg=PT78&lpg=PT78&dq
9. Вересаев В. В. На японской войне. 2017. 290 с. / [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://iknigi.net/avtor-vikentiy-veresaev/59273-na-yaponskoj-vojne-vikentiy-veresaev/read/page-1.html>
10. Брагин Кирил. Сестры милосердия: с любовью к ближнему. Русские победы, религия, история. 2017. / [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://rusplt.ru/wins/sestryi-miloserdia-lyubovuyu-29427.html>
11. Сорокина Т. С. История медицины / [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://litlife.club/books/177893/read?page=75>
12. Карпычева Л. А. От исторической этимологии до современного контекста / [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://omorphor.ru/articles/kto-takie-sestry-miloserdia-ot-istoricheskoy-etimologii-k-sovremennomu-kontekstu#_edn40
13. Топоркова Наталья. Белые голубки / [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://pdobro.ru/belye-golubki/>
14. Конохова А.С. Сестры милосердия в годы революции и гражданской войны. Новейшая история России. 2012. / [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/v/sestry-miloserdia-v-gody-revoljutsii-i-grazhdanskoj-voyny>
15. Україна на 11 місці в Європі за релігійністю населення / [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://24tv.ua/ru/ukraina_na_11_meste_v-evrope_po_religioznosti_naselenija_n1075900

Холікова А. А.,
студентка НМУ імені О. О. Богомольця,
kholikova@marschool64.net

Науковий керівник:
Васильєва І. В.,
д. філос. н., проф.,
зав. кафедри філософії біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ПРОБЛЕМА ЗДОРОВ'Я ТА ХВОРОБИ У РЕЛІГІЙНИХ ТА МЕДИЧНИХ АСПЕКТАХ

Питання здоров'я та хвороби є фундаментальною проблемою медицини, оскільки її предметом постають «ті аспекти життєдіяльності людини, які представлені її здоров'ям та хворобою, нормою та патологією в усьому різноманітті її зв'язків з екосоціумом» [1, с. 265]. На перший погляд, примирити медицину та релігію у даному питанні практично неможливо. Адже сучасна медицина, як правило, акцентує увагу на лікуванні тіла, не зачіпаючи духовне життя пацієнта.

Метою роботи є визначення сутнісних ознак підходів до питань здоров'я – хвороби людини у християнській релігії та їх значення для розвитку медицини.

Основи християнського розуміння природи і здоров'я людини містяться у Святому Письмі Старого та Нового Завіту, вченнях Святих отців Церкви. У висвітленні цього питання особливе значення має звернення по підходів видатних архипасторів ХХ століття, які були лікарями за освітою й поєднували у своєму житті релігію та медицину: свт. Луки (В.Ф. Войно-Ясенецького), митрополита Антонія Сурожського (А. Блума), патріарха Сербського Павла (Стойчевича) та ін.

Згідно християнському вченню, Промисел Божий зберігає здоров'я дійсно віруючої людини. «Коли ти пильно слухатимешся голосу Господа, Бога твого, і чинитимеш те, що йому до вподоби, і вважатимеш на його накази, і дотримуватися всіх його установ, ані одної з тих недуг, що я навів був на Єгипет, не наведу на тебе: я бо Господь, твій цілитель» (Вих.15, 26). В новому Завіті Ісус Христос часто постає в образі лікаря, який зцілює не тільки важко хворих, а й мертвих. Проте в них простежується основний лейтмотив, виражений у зверненні Спасителя до зцілених: «Віра врятувала тебе».

Отже йдеться про духовну, Божествену природу здоров'я людини, про гріх як першопричину хвороб і смерті людини. Як відзначав свт. Лука, «За законом гріха та спадковості хвороба і смерть є закономірними. Але за первісним помислом, коли ще не було гріха – людина була створена для життя..., і коли усувається причина, що викликає смерть (цією причиною є гріх), тоді знову поновлюється дія божественної творчості сили [2, с. 54].

В християнській духовній спадщині хвороба постає не тільки як покарання Богом людини за її гріхи, вона може виступати як засіб випробування людини Богом (згадаймо біблійний образ багатостраждального Іова), бути знаряддям напоумлення, духовного зцілення людини. У підтвердженні останнього значення варто послатися на думку свт. Миколи Сербського: «Своїм вірним Господь завжди своєчасно надсилає страждання. Це – голос друга, який опівночі будить сплячого: «Пожежа!». І мудрий, залишивши палаючий дім, біжить, рятуючи своє життя. А божевільний сидить і стогне серед полум'я, поки не загине зі згорілим будинком» [3].

Люди рідко замислюються про своє життя, поведінку, ставлення до інших людей і до себе. Не можуть усвідомити, що ніщо в житті не залишається безкарним, за кожний гріх прийде розплата. Наприклад, людські лінощі є однією з причин ожиріння, шлунково-кишкових захворювань, обмінних порушень в суглобах, хвороб серцево-судинної системи, хвороб органів дихання і т. д. За даними статистики, середня тривалість життя людей з ожирінням знижується приблизно на 7 років.

Наслідками гріху перелюбу часто є шкірно-венеричні захворювання, СНІД, безпліддя, імпотенція тощо. Люди, які ведуть розпусний спосіб життя гублять тіла і душі, причому, як свої, так і чужі. Гріх розпуста тягне за собою гріх дітовбивства в утробі. Його наслідки - різні постабортативні ускладнення, включаючи постабортативний синдром, безпліддя, запальні захворювання статевої системи та ін. Одним з найбільш згубних для здоров'я гріхів є гнів і ворожість. Сучасні шведські і американські дослідники незалежно один від одного показали, що гнівливі і владні люди, якщо вони в силу об'єктивних обставин не виражають в повній мірі свої пристрасті, схильні до розвитку гіпертонічної хвороби. З гріхом, суму, нудьги пов'язується зниження імунітету, підвищення уразливості до онкологічних захворювань, виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки та нервово-психічні розладів. Також катастрофічно несприятливо позначаються на здоров'ї марнославство і особливо гординя. Їх прояви: владолюбство, егоїзм, надмірна зарозумілість, презирство і приниження людей, невіра в духовні сили, марнославство і гординя - фактори ризику серцево-судинних захворювань, в першу чергу, - ішемічної хвороби серця, гіпертонії, а також нервово-психічних захворювань. Люди, які по-християнськи доброзичливо відносяться до своїх близьких, за інших рівних умов менше схильні до серцево-судинних захворювань.

Визначення гріха як духовного фактора багатьох хвороб не підмінює значення генетичних, біохімічних, фізіологічних, психологічних, соціальних, екологічних та ін. причин та умов їх виникнення та розвитку. Як зазначає православний лікар і медичний психолог К.В. Зорін, «усі вони діють спільно, ніби передають естафету один одному. І часто саме гріх стає першою сходинкою, свого роду передхворобою особистості» [4, с. 120]. Автор виокремлює деякі механізми за посередництвом яких гріх породжує різні захворювання: стреси, внутрішньоособистісні конфлікти, особливості особистості, психічні травми, шкідливі звички.

Висновки. Сутнісною ознакою розуміння проблем здоров'я та хвороб у християнстві є підхід до людини в її цілісності, єдності та взаємозв'язку духовного, психічного і тілесного. Саме цей підхід був всебічно розвинутий у філософсько-теологічній праці свт. Луки «Дух, душа і тіло». «Реалізація цього підходу в клінічній практиці проявляється в інтенціях і професійних діях лікаря, спрямованих на зцілення людини, тобто повернення її до цілісності як духовно-душевно-тілесного творіння. Це потребує індивідуального підходу лікаря до пацієнта на основі гуманістичних цінностей і моральних норм, історично притаманних медичній етиці» [5, с. 8].

З визначенням пріоритету духовного фактора у питанні здоров'я, хвороби пов'язаний принцип активності самої людини зокрема її здатності до духовної рефлексії як на раціональному, так і морально-етичному рівнях, до самоперетворення, внутрішнього вдосконалення, очищення від гріха, пристрасним бажанням спасіння. За словами митрополита Антонія Сурожського, «як тільки людина захворіла, вона повинна насамперед увійти всередину себе й поставити питання про те, наскільки вона віддалена від Бога, яка в ній існує неправда у відношенні до ближнього, у відношенні до самої себе, наскільки вона опоганює та спотворює образ Божий, який закладений у ній. І разом з цим вона повинна смиренно ... йти до лікаря й терпіти від нього лікування» [6, с. 546].

Вищезазначене в повній мірі відповідає сучасній парадигмі медицини, яка ґрунтується на інтегративних підходах й особистій відповідальності людини за своє здоров'я.

Література:

1. Хрусталеv Ю.М., Царегородцев Г.И. Философия науки и медицины / Ю.М. Хрусталеv, Г.И. Царегородцев . – М.: ГЭО ТАР. – Медиа, 2007. – 512 с.
2. Войно-Ясенецький В.Ф. (Святитель Лука) Наука и религия / В.Ф. Войно-Ясенецький. – Симферополь: ОАО «Симферопольская городская типография» (СГТ), 2009. – 160 с.
3. Святитель Николай Сербский. Мысли о добре и зле / Н. Сербский. - / Пер. с серб. С. Луганской. – М., 2001. – С. 53-54.
4. Зорин К.В. Встань и ходи: шаги к выздоровлению / К.В. Зорин. – М.: Русский Хронографъ, 2010. – 336 с.
5. Васильева І.В. Філософія та релігія свт. Луки (В.Ф. Войно-Ясенецького) / І.В. Васильева // Вісник Національного авіаційного університету. Серія: Філософія. Культурологія. Збірник наукових праць. – Вип. 1 (27). – К.: НАУ, 2018. – С. 5-9.
6. Духовный лекарь. Святые отцы-мирянам. – 692 с.

Ворон О. М.,
студентка НМУ імені О.О. Богомольця,
voronoleksandra@gmail.com

Науковий керівник:
к. філос. н. *Романюк О. В.,*
ст. викл. кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

СИНКРЕТИЗМ РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ В ЖИТТІ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ

Святитель Лука (Валентин Феліксівич Войно-Ясенецький) – лікар, який зцілював простих людей; професор, який читав лекції звичайним студентам, священнослужитель, що лікував словом. Політв'язень, що пройшов заслання, тюрми, допити, тортури і... став лауреатом Сталінської премії. Хірург, який рятував людей від сліпоти і який сам утратив зір наприкінці життя. Геніальний лікар і талановитий проповідник, що все життя служив обом поклонанням. Маючи обдаровання художника, він міг виставляти власні полотна в найкращих залах світу, але свідомо обрав путь служіння простим людям, путь, сповнену страждань, крові й поту.

Архієпископ Лука Войно-Ясенецький (мирське ім'я: Валентин Феліксівич Войно-Ясенецький) народився в сім'ї провізора у м. Керч 27 квітня (9 травня за н.ст.) 1877 року. 1898 року став студентом медичного факультету Київського університету святого Володимира, у 1903 році закінчив медичний факультет. 1904 року влаштувався на роботу до Київського медичного шпиталю Червоного Хреста, у складі якого відправився на Російсько-Японську війну: отримав величезну хірургічну практику. Працював земським лікарем у місті Ардатові, згодом у Курській губернії, а потім у Золотоноші. Хірург говорив, що він вивчав медицину з винятковою метою: бути все життя земським, мужичим лікарем.

Восени 1908 року почав писати докторську дисертацію на тему регіонарної анестезії. Згодом написав і власноруч проілюстрував книгу «Регіонарна анестезія». У 1916 році отримав ступінь доктора медицини. Важко переоцінити внесок В. Войно-Ясенецького у розвиток анестезіології. Метод регіонарної анестезії полягає в тому, що замість раніше використовуваних способів пошарового просочування анестезуючим розчином усього, що слід розрізувати, було розроблено привабливу методику місцевої анестезії, в основу якої покладено раціональну ідею переривання провідності нервів, якими передається больова чутливість із ділянки, яка підлягає оперуванню. Провідникова анестезія передбачає введення місцевого анестетика в нерв на віддаленні від місця проведення втручання. Внаслідок блокади передачі нервових імпульсів від місця хірургічної травми тканий досягається анестезія больової чутливості. Саме шукання Войно-Ясенецького поклали початок науковим дослідженням щодо епідуральної анестезії. Крім систематизації відомостей про методи, які існували раніше, вперше було описано знеболення трійчастого нерва шляхом уведення етилового спирту безпосередньо у

стовбури його гілок (очноямкового, верхньо- й нижньощелепного), а також у гассерів вузол.

Під час роботи в Переславлі-Залеському Войно-Ясенецький задумав написання праці, якій одразу дав назву, — «Нариси гнійної хірургії». Найвагомим є внесок В.Ф. Войно-Ясенецького у розвиток хірургії (гнійної хірургії). До епохи антибіотиків, коли не було іншої можливості боротися з гноєм, крім хірургічної, а провідним методом лікування флегмон був хірургічний радикалізм, хірург, маючи цю книгу, міг здійснювати операції у важких умовах провінційної лікарні. Навіть не знаючи, що книга написана священиком, не можна не помітити, що її писала людина, яка з великою любов'ю ставиться до хворих. У ній хірург дає поради, що перед операцією, під час неї та опісля треба зважати на стан людини, яка перебуває в тузі і страху, позбавити хворого споглядання розкладених інструментів, людей у білих халатах, масках та гумових рукавичках. Справжній лікар повинен подбати про підкріплення серця хворого і про зігрівання пацієнта під час операції, бачачи перед собою не черговий «випадок», а передусім живу людину.

Войно-Ясенецький робив спостереження й висновки щодо хірургічного лікування кісткового туберкульозу, гнійних запальних процесів колінного суглоба, сухожиль рук, реберних хрящів. Розповів про власний спосіб операції при абсцесах печінки. Проводив бактеріологічні дослідження. Розробив нові операції, зокрема резекцію суглобів. Така операція рятувала кінцівки пораненим солдатам.

У 1916 році погіршується стан здоров'я хворої на туберкульоз дружини лікаря, яка народила протягом їхнього спільного життя чотирьох дітей. В.Ф. Войно-Ясенецький подає заявку на посаду головного лікаря Ташкентської міської лікарні з надією на те, що місцеві кліматичні умови сприятимуть одужанню дружини. Сам лікар запропонував чимало ідей використання клімату Середньої Азії з лікувальною метою. У 1918-19 роках сприяв заснуванню Вищої Медичної школи в Ташкенті, в якій викладав анатомію. Після смерті дружини прийняв духовний сан і чернецтво.

У 1923 році був заарештований, засланий до Наримського краю. Працює над «Нарисами гнійної хірургії». У той же час у німецькому медичному журналі «Deutsche Zeitschrift» публікується його стаття щодо нового методу перев'язування артерії при видаленні селезінки, а в журналі «Archiv für klinische Chirurgie» публікується його стаття про каріозні процеси в реберних хрящах та їх хірургічне лікування. Через утиски звільняється з лікарні і проводить приватну практику, а також надає медичну допомогу бідним.

У 1924 році відправлений у нове заслання – до Туруханська. Із пропозицією про можливість звільнення в обмін на відмову від сану рішуче не погоджується. В Туруханській лікарні, де Валентин Феліксівич спочатку був єдиним лікарем, він виконував такі складні операції, як резекція верхньої щелепи з приводу злоякісного новоутворення (до речі, від такої хвороби помер хірург Микола Пирогов), розтин черевної порожнини у зв'язку із проникаючими пораненнями і ушкодженням внутрішніх органів, зупинки маткових кровотеч, запобігання сліпоті при трахомі, катаракті тощо.

Ще під час заслання 1923-25 років вперше у світі В. Ф. Войно-Ясенецький трансплантує гетеротопічну нирку хворому на уремію. Через десять років лікар І.М. Вороний з Києва підсадив на ногу хворій на уремію нирку свині. То була перша спроба трансплантації чужорідної ниркової тканини. Насправді не Вороний був першим, а Войно-Ясенецький, який у маленькій єнісейській лікарні (а не в київській клініці!) на десять років раніше виконав операцію, від якої розпочався відлік ери пересадок у тодішньому СРСР.

Після повернення з заслання професор Войно-Ясенецький не був поновлений на роботі ні в міській лікарні, ні в університеті. Валентин Феліксевич зайнявся приватною практикою. Щонеділі й у святкові дні служив у церкві, а вдома приймав хворих, кількість яких сягала чотирьохсот на місяць.

У 1929 було сфабриковано карну справу проти Войно-Ясенецького: убивство професора Михайловського (який насправді вчинив самогубство, перебуваючи в божевільні). Арешт тривав до 1933 року. Після звільнення професор-священик хворіє на лихоманку Папатачі і сліпне на одне око.

В. Ф. Войно-Ясенецьким було проведено операції із відновлення зору багатьом пацієнтам. Він запропонував власну оригінальну методику видалення слізного мішка як засобу боротьби із трахомою.

Восени 1934 року видав монографію «Нариси гнійної хірургії», яка набула світової слави. Очолював головну операційну в Інституті невідкладної допомоги Ташкента.

1937 року зарештований втретє за створення «контрреволюційної церковно-чернецької організації». До нього застосовували тортури й допити методом «конвеєра» протягом 13 діб, коли професора було позбавлено сну й відпочинку, допитувано цілодобово упродовж цього часу різними слідчими, які змінювали один одного. У засланні працює, завершує роботу над другим виданням «Нарисів гнійної хірургії».

За роботу в часи Другої світової війни отримав нагороди: діамантовий хрест на клобок від Патріарха всієї Русі (1944), медаль «За доблесну працю у Великій Вітчизняній війні» (1945).

«За наукову розробку нових хірургічних методів лікування гнійних захворювань і поранень, викладених у наукових працях «Нариси гнійної хірургії» (закінченої у 1943 році), і «Пізні резекції при інфікованих вогнепальних пораненнях суглобів» (опубліковано у 1944 році), було присуджено Сталінську премію I ступеня в розмірі 200 000 карбованців, з яких 130 тисяч карбованців він передав на допомогу дитячим будинкам.

У 1946 році призначений архієпископом Сімферопольським і Кримським. Розпочав роботу над другим виданням «Регіонарної анестезії», над третім виданням «Нарисів гнійної хірургії».

У 1956 році утратив зір повністю.

Помер 11 червня 1961 року. За життя створив 55 наукових праць з хірургії, фізіології та анатомії, 12 томів церковних проповідей. Найвідомішою є книга «Нариси гнійної хірургії» (рос. «Очерки гнойной хирургии»), що витримала чотири видання (1934, 1946, 1956, 2006 років).

22 листопада 1995 року Архієпископа Луку долучено до лику святих.

Література:

1. Богомолов Б. П., Светухин А. М. Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий: К 130-летию со дня рождения // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – М.: Медиа Сфера, 2007. – № 12.
2. Глушков В. Святитель Лука – взгляд в будущее / Благословение Святейшего Патриарха Московского и Всея Руси Алексия II. – Полтавская епархия: Спасо-Преображенский Мгарский монастырь, 2002. – 224 с.
3. Кассирский И. А. Воспоминания о профессоре В. Ф. Войно-Ясенецком // Наука и жизнь. – 1989. – № 5. – С. 76-89.
4. Котельников В. П. В. Ф. Войно-Ясенецкий — выдающийся хирург нашего времени. // Клиническая медицина. – 1987. – С. 152-155.
5. Лисичкин В. Лука, врач возлюбленный. — М.: Издательский совет Русской Православной церкви, 2009. – 456 с.
6. Лука (Войно-Ясенецкий В. Ф.). Я любил страдание: Автобиография. – Минск.: Белорусская Православная Церковь (Белорусский Экзархат Московского Патриархата), 2013. – 125 с.
7. Протоиерей Василий Марущак. Святитель-хирург. Житие архиепископа Луки (Войно-Ясенецкого). – М.: Даниловский благовестник, 1997. – 174 с.
8. Святитель Лука. Дух, душа и тело / Предисл. В. Ф. Москаленко.– К.: Авіцена, 2010. – 208 с.

Садыгова Н. М.,

студентка Запорожского государственного
медицинского университета,
mssadiqovanatella@gmail.com

Научный руководитель:

к. филос. н. *Романюк О. В.*,
ст, препод, кафедры философии, биоэтики
и истории медицины НМУ имени А. А. Богомольца

ВКЛАД В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО В РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНЫ

Тема «Религия и медицина» уже многие поколения актуальна. Профессию врача всегда ценили. Но, обычно у людей ассоциация с врачами, что они являются атеистами. Однако на самом деле, на протяжении человеческой истории, довольно много врачей искренне верили и почитали Бога. В пример можно привести таких людей, как Пантелеимон, Диомид, Агапит Печерский... Но, моё внимание привлек Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий, которого также называют святителем Лукой.

В.Ф. Войно-Ясенецкий известен как хирург, выдающийся ученый, профессор медицины, автор фундаментальных трудов – «Регионарная

анестезия», «Очерки гнойной хирургии», «Поздние резекции инфицированных огнестрельных ранений суставов» и многих других научных работ. В религии же архиепископ Лука почитается как исповедник христианской веры, яркий проповедник. Его перу принадлежат многочисленные проповеди и такие труды, как «Дух, душа и тело», «Наука и религия», «Я полюбил страдание» и т.д.

Его вклад в развитие отечественной медицины был невероятно значимым. Примечательно, что он известен не только благодаря своим научным трудам, но и из-за своих позиций в практической врачебной деятельности. В.Ф. Войно-Ясенецкий с большой любовью относился к страдающему человеку и видел в каждом из них образ Божий. Своих помощников он учил «человеческой хирургии». Широко известны слова святителя Луки: «Для хирурга не должно быть “случая”, а только живой страдающий человек». Также, в труде «Дух, душа и тело», который он начал писать еще в 20-х годах прошлого столетия, Войно-Ясенецкий подчеркивает важность доверия. По его словам - «доверие или недоверие врачу... определяет исход болезни». Таким образом, он также внес большой вклад и во врачебную этику.

Рассматривая его достижения в медицине, стоит отметить его труд в гнойной хирургии. Монография Войно-Ясенецкого в то время была востребованной врачами. Во времена, когда антибиотики ещё отсутствовали, любой хирург мог провести операцию, опираясь на эту книгу. Даже в этой книге было заметно его отношение к людям. «Приступая к операции, надо иметь в виду не только брюшную полость, а всего больного человека, который, к сожалению, так часто у врачей именуется „случаем“. Человек в смертельной тоске и страхе, сердце у него трепещет не только в прямом, но и в переносном смысле. Поэтому не только выполните весьма важную задачу подкрепить сердце камфарой или дигаленом, но позаботьтесь о том, чтобы избавить его от тяжелой психической травмы: вида операционного стола, разложенных инструментов, людей в белых халатах, масках, резиновых перчатках – усыпите его вне операционной. Позаботьтесь о согревании его во время операции, ибо это чрезвычайно важно». Эти строки подтверждают особенное отношение автора к пациенту.

Профессор Войно-Ясенецкий внес свой вклад в ургентную хирургию, разобрав два важнейших состояния – перитонит и остеомиелит. Валентин Феликсович, не соединяя свои понятия в «формулу», обоснованно дал свою классификацию перитонита, и ее можно выразить так: ограниченный, разлитой, общий. Из «важнейших» классификаций гнойного перитонита (по распространенности), используемых в современной практике, классификация В.С. Маята и В.Д. Федорова является одна из передовых: I. Местный: А – Ограниченный, Б – Неограниченный; II. Распространенный: А – Диффузный, Б – Разлитой, В – Общий. Если не учитывать характер и площадь распространения перитонита в данной классификации, можно сказать, что она основана именно на классификации Войно-Ясенецкого.

Говоря об остеомиелите, работы профессора сыграли огромнейшую роль, и дальнейшие работы последующих ученых всего лишь детализировали и совершенствовали работу Войно-Ясенецкого. Поэтому

мы можем утверждать, что его работа была передовой. В пример можно привести некоторые положения из его работы: «Одна из характерных черт остеомиелита ребер состоит в том, что болезнь, начавшаяся довольно легко, потом становится тяжелой и надолго затягивается»; «Удаление хрящей начинают на костной части ребер, на которых делают поперечный разрез надкостницы, на 1-2 см отступя от линии соединения с хрящом»; «Лечение (гнояного сакроилеита) должно состоять в резекции крестцово-подвздошного сочленения»; «Оставлять невскрытым костномозговой гнойный очаг, мы считаем, невозможным...».

В «Очерках гнойной хирургии» можно обратить внимание на его классификацию абсцесса печени, которая разделяет абсцесс на септицемический, ангиохолитический, венозный и тропический. В настоящее же время, помимо перечисленных видов, выделяют еще посттравматические и контактные абсцессы печени.

Диагностика абсцессов печени во времена профессора Войно-Ясенецкого базировалась, в основном, на клинической картине заболевания и немногочисленных инструментальных методах. По мнению В.Ф. Войно-Ясенецкого, анализ крови достоверных результатов не дает, всего лишь в половине случаев выявляется лейкоцитоз. Из инструментальных диагностических методов выявления абсцессов печени В.Ф. Войно-Ясенецкий пользовался пробным проколом и рентгеновским исследованием. Однако пробный прокол не всегда давал положительный результат, приходилось делать несколько проколов для выявления очага гноя, а в случаях множественных абсцессов слепые проколы не всегда могли выявить полную картину заболевания. К тому же, пробный прокол имел такие осложнения, как внезапная смерть, занесение инфекции в брюшную полость, кровотечение, повреждение легкого и ободочной кишки.

В те времена рентгеновская диагностика позволяла распознавать абсцессы печени во многих случаях, но не позволяла хирургам выявлять их в ранние сроки. Поэтому часто были запущенные случаи. Сам Войно-Ясенецкий приводит три примера абсцессов печени, и во всех случаях больные все равно погибли, несмотря на проведенное лечение.

Конечно, со времен написания «Очерков гнойной хирургии» многое поменялось. В настоящее время, помимо предложенного профессором метода лечения, используют такие методы, как экстракорпоральная мембранная оксигенация, гемосорбция, гипербарическая оксигенация. Также, помимо всего этого в настоящее время применяют пункцию полости абсцесса с эвакуацией гноя, дренирование полости и антибактериальную терапию.

Особенно хочется подчеркнуть вклад Валентина Феликсовича в регионарную анестезию. Труды профессора хирурга В.Ф. Войно-Ясенецкого а, в частности, его монография «Регионарная анестезия» до настоящего времени остаются не только первым отечественным руководством, но и единственной монографией в этой области в отечественной медицинской литературе, что позволяет признать В.Ф. Войно-Ясенецкого основоположником проводниковой (регионарной) анестезии крупных нервных стволов, внесшим существенный вклад в развитие отечественной анестезиологии. Во времена

профессора, регионарную анестезию проводили по Генриху Брауну, метод которого предполагает точное попадание иглой с новокаином в необходимый при данной операции нервный ствол. Но этот метод был не прост. Регионарная анестезия требовала от хирургов глубокого знания топографической анатомии. И Валентин Войно-Ясенецкий принялся развивать этот метод в отечественной медицине. Он искал и находил новые подступы к нервным стволам, анестезия которых позволяла сразу обезболить большую поверхность тела.

Он пришел к открытию, как подобраться к седалищному нерву так, чтобы после одного укола вся нога теряет чувствительность. В дальнейшем он также открыл, что одна инъекция в так называемый средний нерв, приведёт к потере чувствительности кистью руки. Следующее, что было открыто В.Ф. Войно-Ясенецким – ученый пришел к тому, что удобнее всего вводить новокаин и алкоголь в тройничный нерв.

Помимо всех научных трудов, Войно-Ясенецкий не забывал и о Церкви. По его словам, он произнес 1250 проповедей, из которых 750 были записаны. Во все времена своей врачебной практики, он не забывал своих позиций по отношению к больным и всегда проявлял христианскую добродетель. Его милосердие было неотъемлемой частью его врачебной деятельности. Он не раз помогал нуждающимся, оказывал материальную помощь неимущим больным. Во времена гонений на Церковь, оказавшись в ссылках и тюрьмах, он оставался верным своим принципам и продолжал служить людям как священник.

Рассматривая жизнь Войно-Ясенецкого, кроме того, что каждый из нас может взять ее в пример для себя, невольно возникают вопросы к самому себе. В будние дни, заполненные суетой, нам иногда стоит просто остановиться и задуматься, а кем является для нас больной? «Случаем» или живым творением, которого создал Бог? Для чего мы выбрали быть врачами? Ведь хорошим врачом можно быть только по призванию. Какая мотивация нами двигает, когда мы просыпаемся каждое утро и приходим на работу? А иногда даже проводим ночи в больницах? Стоит ли нам быть серой массой, не стремясь к усовершенствованию своих навыков? Пусть эти вопросы останутся тут открытыми...

Литература:

1. Войно-Ясенецкий В. Ф. Очерки гнойной хирургии. 4-е изд. М.: Бином, 2008. 720 с.
2. Войно-Ясенецкий, В.Ф. Дух, душа и тело Текст. /В.Ф. Войно-Ясенецкий. - Киев, 2002. 152 с.
3. Войно-Ясенецкий, В.Ф. Наука и религия. Дух, душа и тело Текст. /В.Ф. Войно-Ясенецкий. М.: Троицкое слово, 2001. - 320 с.
4. Войно-Ясенецкий, В.Ф. Регионарная анестезия Текст. : дис. д-ра медицины / В.Ф. Войно-Ясенецкий. Петроград: Типография А.Э. Колинс, 1915.-228 с.
5. Котельников, В.П. Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий - выдающийся хирург нашего времени Текст. / В.П. Котельников //

- Клиническая медицина. 1987. - Т. 65, № 10. - С. 152-155.
6. Марущак, В. Святитель-хирург: Житие архиепископа Луки (Войно-Ясенецкого) Текст. / В. Марущак. М.: Даниловский благовестник, 1997. - 160 с.
 7. Панов, Н.В. Наука и религия. Архиепископ Лука (В. Ф. Войно-Ясенецкий) Текст. / Н.В. Панов //РАН Годичная научная конференция 2004 г. -М.: Диполь-Т, 2004. С. 214-217.

**Родюк Т. Л. , Гладка О. В. , Головатюк Ю. Л. , Гурко С. О.,
Добровольський А. О. , Жураховська К. В. , Забельна М. І.,
Кравчук О. М., Нечипорук А. С. , Твердохліб Є. О., Вережан Я. І.,
Вінницький медичний коледж імені акад. Д. К. Заболотного;
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова**

Науковий керівник:

к. філос. н. *Лукашенко М. В.*,
Вінницький медичний коледж імені акад. Д. К. Заболотного,
marina.look@gmail.com

САКРАЛЬНІСТЬ ЖИТТЯ ЯК МОТИВ КОЛИСКОВОЇ СІТУ

Цінність життя, сакральність появи людини у світі є такими уявленнями, які визначають не лише тип медичної етики, а й властивості філософських, релігійних, політичних та інших концепцій. Питання ж значення життя ще ненароджених дітей, їхнього статусу (*de facto* і *de jure*) часто було неоднозначним. В різні історичні періоди, в різних культурах воно мало певний діапазон тверджень щодо припустимості абортів. Так, у системі «плід-мати»: від «права дитини на життя» – до «права жінки на вибір». У системі «сім'я-суспільство»: від ліберальної довіри щодо вибору сім'ї стосовно кількості дітей або їхньої відсутності (як у випадку з рухом «childfree») – до контролю над народжуваністю, як це було донедавна у Китаї за моделлю «одна сім'я – одна дитина». Проте даний діапазон є достатньо умовним, адже завжди існують наджі (поштовхи) з боку суспільної думки, економічної політики оподаткування та соціальних виплат, які визначаються пануючим світоглядним, релігійним критерієм. Можна виокремити такий діапазон і в системі «сакрального-профанного», коли життя ще ненародженої дитини сакралізується (вона є носієм особливої мудрості) або десакралізується, проголошуючись тканиною, асоціацією клітин та ін.

Темою дослідження психологічного клубу «Наратив» став феномен сакральності життя в філософії, а її предметом – бачення сутності людини до народження. Метою було обрано вивчення філософських коренів найбільш розповсюджених в українському суспільстві інтерпретацій появи людини на світ, християнських архетипів, які існують у колективному несвідомому українців та їх візуальна передача у символах, які притаманні сучасному світогляду, на основі чого було створено кліп театральної постановки під

керівництвом режисера Вінницького театру ляльок Людмили Земелько. Музичним супроводом обрано колискову сучасного українського етно-гурту «ДахаБраха», текст якої складено трьома мовами (англійською, російською і українською), що символічно передає близькоспоріднене філософське та релігійне коріння у ставленні до появи нового життя та смерті («The time to live and the time to die», «Ой ти, котику, ти наш, чи вмієш ти Отче наш»).

Передують представленню даної роботи слова, які визначають сутність поставленої проблеми: «І створив Бог людину за образом Своїм. І б'ються наші серця... Нам не все одно. А вам?». Перше речення є цитатою з Біблії: «І Бог на Свій образ людину створив, на образ Божий її Він створив ...» [Бут. 1:27]. Обрано було не заклик, не форму планування («Створімо людину за образом Нашим, за подобою Нашою» [Бут. 1:26]), а результат творення, в якому є образ Бога, а подобу людина вже має набути сама протягом власного життя. Одним з чинників, які визначають прагнення особи до подоби Божої, і є поцінування вічної вільної душі людини. Її символом було обрано очі. З одного боку, око є як іконографічним зображенням Всевидячого Бога, а з іншого – символом душі людини, вікном у її внутрішній світ. Кардіоцентризм у вітчизняній філософії підкреслюється звуком серцебиття, з якого розпочинається презентація роботи, і який свідчить про цілісність людини.

Іншою цілісністю є пара, кохання двох, які відкриті один до одного, дивляться в очі і бачать сакральне, стаючи свідками життя один одного. У спільному просторі пов'язаних таким поглядом душ з'являється єдність двох, яка є умовою творення, появи третього, як символу підтвердженої любові. Кохання двох стає колискою, в якій вміщується Всесвіт з усіма важливими думками, почуттями, смислами та подіями. Сакральність творення людини, підкреслюється алюзією до появи світу, творення Неба і землі та Божественним промислом щодо нового життя і душі людини, про що писали отці Церкви. Так колиска стає таким небосхилом, який перетворюється на крила – символ свободи, миру та здійснення нового світу. У Біблії птах став символом вісника, який після потопу повідомив про можливість життя, нову землю. Вісниками є й ангели, зображення яких в іконографії також містять символ крил, який передає ідею їхньої швидкості та всепроникності.

Колиска є і символом лона жінки, в якому починається життя людини. Проте в іконографії символом очікуваного раю також є Лоно Авраамове, яке зображується як плат-колиска, у якому знаходяться душі праведників. Дотик дитини до нашого світу, є наче дотиком з інакшого світу, спробою зрозуміти поки що неосяжне для неї, як і доросла людина намагається читати по відчуттях інший «інакший» світ. Сам же мотив створення людини Богом є вічним у мистецтві. Однією з найбільш відомих картин, на яких зображувалось створення Адама, стала фреска Мікеланджело Буонарроті на стелі Сікстинської капели у Ватикані, у якій символічно майже торканням Бог дає іскру життя людині, а простягнута у відповідь рука підкреслює подобу її природи.

Кохання двох також вічно створює людину і є майже сакральною частиною життя. Хоча сьогодні є тенденція розглядати шлюби по кохання як достатньо новий модерний феномен, на відміну від шлюбів, які укладалися батьками в традиційному суспільстві, проте у Святому Письмі даний образ

подається як символ стосунків Бога та його народу, кожної душі, Христа та Церкви. Наприклад, Пісня над піснями, в якій розкривається історія любові Соломона і Суламіти, є в Літургійній традиції, послуговуючись різними символами, у тому числі й мови тіла, що розкриває внутрішній світ людини. У чині вінчання молоді закликаються царювати з Христом, стають владиками домашньої Церкви, подружнє ложе в якій освячене, а вінці є символом не лише царства, а й мучеництва у служінні одне одному і дітям. Народження ж дітей стає благословенням Божим, символом якого є плодovита лоза. Ставлення до жінки «при надії» є особливо турботливим і шанобливим. Для неї ближні прагнуть «небо прихилити», адже вона вміщує в собі новий всесвіт. Очікування дитини супроводжується створенням її історії, образу, характеру та спільним уявленням ескізу її майбутнього. До цього причетні не лише батьки, а й родина, значимі екзистенційні групи, уявлені спільноти, суспільство. Сьогодні різні суспільні інститути приймають дитину, позиціонуючи серед своїх пріоритетів її розвиток, а в основі концепцій мають цінність людини, проте результати прояву такої установки можуть бути поставлені під сумнів. Звертаючись до літературних образів порівняння цінності людини і Всесвіту, підкреслюється, його метафоричність. Наприклад, у період немовляти та раннього дитинства кожна людина проходить період природного нарцисизму, коли весь світ відчувається створеним для неї, таким, який належить саме їй. З нього може сформуватися як патологічний, так і здоровий нарцисизм, який дозволяє вкладати енергію у власну істинну Самість, що дає дорослій людині відчуття задоволення, можливість жити насиченим і продуктивним життям, відчувати та розділяти своє емоційне життя з іншими людьми, бути мудрим і відокремлювати істину від ілюзій, мріяти, впевнено йти до мети та радіти успіхам, реально оцінюючи себе [1].

Висновком даної роботи є підтвердження цінності і мікрокосму людини, і макрокосму Всесвіту, коли руйнування колискового світу ще ненародженої дитини стає моторошною його трагедією. Тому останнім символом стає темрява та затихаючий голос дитини і стук її серця...

Аналіз християнських коренів сакралізації життя людини, її душі, показав, що дані цінності, визначаються не модусами часу та простору (тобто початок не прив'язується до народження і не закінчується смертю), а мають позачасовий і поза просторовий характер. Ставлення до життя ще ненародженої дитини визначається як індивідуальним досвідом конкретної людини, так і колективним, а саме пануючими міфами та історіями. Філософсько-релігійними коренями уявлень сучасних українців про цінність життя людини є його сакралізація, притаманна християнському світогляду. Проте сучасний постмодерний світ інформаційного суспільства з його плюралістичністю, мережевістю та контекстом цінностей споживання дозволяє обирати в різноманітних коренях будь-які міфи про людину та критерії визначення її сутності.

Література:

1. Хотчкіс С. Адская паутина. Как выжить в мире нарциссизма / Сэнди Хотчкіс, пер. с англ. В. Мершавки. – М.: Класс, 2010. – 236 с.

Прокопчук М. О.,
студенка НМУ імені О. О. Богомольця,
prokopchuk.masha2042@gmail.com

Науковий керівник:
к. філос. н. *Романюк О. В.,*
ст. викл. кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ВПЛИВ РЕЛІГІЙНИХ МОРАЛЬНИХ ПЕРЕКОНАНЬ ЛІКАРЯ НА ЙОГО ПРОФЕСІЙНУ ДІЯЛЬНІСТЬ

Прийнято вважати, що під час кризи кількість віруючих на ураженій кризою території збільшується. Зневірюючись у власних силах, можливостях держави, спроможності влади, люди все більше і більше починають сподіватись на допомогу Вищих сил. Приблизно така ж ситуація складається і в житті окремої людини, коли її спіткає лихо чи горе: максимальне використання особистих сил, можливостей близьких та друзів спустошує фізично і виснажує духовно. Саме тоді питома вага сучасних людей починає шукати нових можливостей й нових засобів, що допоможуть вистояти у скруті. Але постає закономірне питання про вплив особистих релігійних переконань не лише на особисту сферу життєдіяльності, а й на професійну.

Мета роботи полягає в аналізі позитивних та негативних аспектів впливу релігійних моральних переконань лікаря на його професійну діяльність.

У процесі ознайомлення з науковими розвідками даної тематики нас зацікавили дослідження Т. Аболіної, А. Єрмоленко, О. Кисельової, В. Малахова, які акцентують увагу на моральній відповідальності особистості як спроможності виконання свого обов'язку людиною, що належить певній інституції, зокрема професійній у тому числі лікаря.

Отримані результати. Можемо спостерігати в житті дві кардинально протилежні лінії поведінки щодо виконання своїх професійних обов'язків: у будь-якому колективі 20% працюють з високим КВД, а 80% дармоїди (ПІБ). Зрозуміло, що з цих 20% не всі віруючі, але, напевне, вони отримали від батьків виховання з нахилом до усвідомлення власної честі й гідності.

Оскільки сьогодні в Україні спостерігаються випадки непорозуміння між лікарем та пацієнтом, деструкції цілепокладань, особливо коли справа йде про визначення оплати праці лікаря, то виникає необхідність узгодити запити пацієнта та можливості конкретного представника медичної галузі. Так, наприклад, результати опитування (10732 респонденти) на сайті «Инфокс.ру» щодо «припустимості платних послуг в державних медзакладах» показали, що: «Ні» відповіли 88% опитаних. Зрозуміло, що виникає конфлікт інтересів лікаря та пацієнта, де лікар прагне за свої послуги отримувати оплату вище середнього, а пацієнт хоче отримувати якісні послуги безкоштовно. Причому, претензії пацієнтів стосуються не лише суто виконання обов'язків лікаря, а й ставлення до пацієнта, побудови взаємин,

спілкування. Останні перелічені домагання зазіхають, на наш погляд, на особисті моральні якості лікаря.

З одного боку, більша частина громадян України беруть участь у релігійних ритуалах, так чи інакше вербально згадують жителів нижнього й вищого біблійних світів: диявола, чорта, ангелів, мати Божу та, власне, Бога. Така ситуація може свідчити про їх долученість до віри або, принаймні, лояльне ставлення, але не про віру, як стан глибокого переконання в існуванні Вищих сил та їх вплив на наше вічне життя.

З другого боку, є частина українців, щиро заглиблених у екзистенційні переживання пов'язані з існуванням Бога і його проявами у житті людини.

Ми замислились над питанням важливості для пацієнта причетності лікаря до релігійної віри.

Якщо взяти, наприклад, 2 клініки:

1. Клініка, в якій лікарі надають людині професійні послуги, ґрунтуючись на внутрішніх переконаннях гідності, честі, відповідальності, їх поведінка спирається на принципи загальнолюдської моралі, зокрема християнської. В цілому відсутня акцентуація на грошах, натомість присутня повага до відмінностей пацієнтів один від одного. Лікар такої клініки буде жити за принципом «Любити ближнього як самого себе» [Слова із Біблії; Матфея 22]. Таку клініку розбудовували з любов'ю, виходячи саме з моральних принципів.

2. Клініка, в якій лікарі надають професійні послуги, розуміючи, що за здоров'я людина готова віддати все. Всі учасники лікувально-профілактичного процесу враховують, що медицина це сфера послуг, а послуги, тим більш якісні, мають відповідно оплачуватись. Завжди мають бути пацієнти, які завжди мають бути хворими. Таку клініку будували саме з метою отримання прибутків.

Подивимось на це з погляду лікаря і пацієнта. Оскільки для сучасного пацієнта мають значення не лише професійні, а й особистісні якості його лікаря, то цілком законний вибір саме лікарні під номером 1. Моральні якості лікаря, особливо якщо вони ґрунтуються на релігійній моралі, надають впевненості у результатах праці лікаря. Натомість, лікарю треба одягатись, харчуватись, навчатись та й ще оновлюватись і відпочивати, тобто не виснажуватись переймаючись проблемами пацієнтів. Тому йому вигідніше працювати в лікарні під номером 2.

Для того щоб задовольнити потреби і лікаря, і пацієнта, необхідно створити 3 лікарню.

3. Клініка, в якій лікар буде релігійно спрямованим, матиме внутрішній стоп для недостойних вчинків, давати пацієнтові впевненість, віру, що він зробить своє діло якнайкраще і підтверджувати свої слова, а за це отримувати гроші, як бонус за роботу.

Висновки. Лікар має право відмежуватись від будь-яких переконань, зокрема релігійних. Особисті моральні якості лікаря є бажаним благом для його пацієнта, оскільки дають впевненість у якості роботи та відчуття безпеки за життя. Також, моральність лікаря додає особливих відтінків і барв його власному життю.

Мілещенко А. О.,
студентка НМУ імені О. О. Богомольця,
nasta.mileshchenko@gmail.com

Науковий керівник:
к. філос. н. *Романюк О. В.,*
ст. викл. кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МЕДИЦИНИ З РЕЛІГІЄЮ В УМОВАХ СУЧАСНОСТІ

Медицина та релігія існують тисячі років поруч. З початку свого існування релігія давала людству віру та надію (психологічну підтримку), деяку матеріальну підтримку нужденним, тобто тим хто звертався до церкви будучи бідним, голодним, тощо, та сукупність правил і норм моралі, виконуючи які людина полегшувала власне життя в соціумі. А медицина, в свою чергу, лікувала тих, кому релігія була не в змозі допомогти у цьому матеріальному світі. Отже, релігія допомагала в більшій мірі – морально, психологічно (допомога душі) та спрямовувала до збереження здоров'я фізичного тіла, а медицина – фізично (допомога тілу). Залежно від людей, які несли ідеї одного чи іншого релігійного напрямку, змінювався зміст їх справ (сенс покликання). Якщо церковнослужитель вважає за мету допомогу ближнім, то він (вона) може допомагати лікарям у їхній справі. А якщо він чи вона вважає, що «на все воля Божа», то виникає наступне питання – навіщо рятувати грішників від їхньої кари? Краще шукати свого порятунку. Так чи інакше, коли медицина не в змозі вилікувати, у людини з'являється альтернатива – релігія. Пацієнту легше пережити страждання, якщо він вірить, що життя на землі не є останнім, і він за муки може отримати все бажане в раю. У різні часи та за різних обставин церковнослужителі ставали для людей медичним персоналом у лікарнях та поза ними, психологами на літургіях та у сповідальнях, катами (інквізитор) якщо «Бог хотів, аби ви молились Йому правильно» та ін.

З історії цивілізації видно, що медицина та релігія беззаперечно пов'язані, але як щодо сьогодення? Чому зараз, коли медицина вийшла на значний рівень, коли з'явились кваліфіковані психотерапевти, а для врегулювання відносин між людьми існують закони, релігія не зникла? Хіба не відпала потреба віри у незримого Бога, який то заохочує, то карає, у якого безліч облич та невідоме справжнє, той хто не відомо чи існує насправді? Медицина на сьогоденній день здатна допомогти набагато якісніше ніж у минулому і надає набагато більше послуг, тоді в чому причина?

Можна розглянути релігію як фундамент психологічної допомоги людині. Питомою вагою вплив релігії на стан здоров'я пацієнта можна пояснити психосоматичною складовою: віра у зміни за умови виконання ритуалів. Виконання певних ритуалів дає відчуття впевненості, адже ми знаємо що всі дії мають наслідки. А коли ми знаємо про наслідки і вони нас влаштовують, то виконання передуючих їм дій дарує впевненість у їх доречності, необхідності та правильності. Але в той же час припинивши виконувати ритуали людина

почувається незахищеною перед наслідками. Незалежно від того якими вони будуть у майбутньому, невизначеність зараз справляє значний психологічний тиск. Отже, людина стає залежною від них. На сьогоднішній день, психотерапія здатна допомагати пацієнтам позбуватись таких залежностей. Лікарі можуть допомогти позбутись однієї залежності не здобувши при цьому нової. Це важче тому, що людина під час лікування повинна навчитись вірити в себе та свої сили.

Якщо розглянути релігію як фізичну допомогу людству, то можна представити її, наприклад, у вигляді медичної допомоги. Є багато прикладів, того як ченці та монахині виконували (виконують) роль молодшого медичного персоналу. Як от княгиня Олександра Петрівна Романова, яка спочатку була «сестрою милосердя» (медичною сестрою). А після того як стала Матінкою княгинею – інокією Анастасією Свято – Покровського жіночого монастиря міста Києва, продовжила допомагати у догляді за пацієнтами та навчала цьому інших. Безліч таких прикладів свідчать про набагато якіснішу допомогу, зокрема медичну, представниками релігійних напрямів, ніж представниками, власне медицини. До того ж, представники медицини з релігійними поглядами не вчиняють злочину проти людини, адже їхня мораль обмежує поведінку загальноприйнятими нормами: цінності життя, любові, здоров'я тощо.

Враховуючи апріорну цінність безсмертної вічної душі над тлінним тілом своїм пацієнтам-вірянам інокія Анастасія радила: «перш за все постувати, сповідатись, причаститись ... лише після цього направляла до лікаря...».

В той же час, Матінка допомагала у догляді і лікуванні: «Весь нагляд за лікарняним розпорядком, за сестрами, працюючими в лікарнях, за харчуванням хворих, за їх духовним життям і потребами, за підготовкою до операцій, прибиранням операційних, чергуванням біля ліжок хворих прооперованих вночі її Високість також несла на собі... Вона ж реєструвала прибулих хворих, мила їх, робила перев'язки, готувала до операцій...» [1].

З даних уривків можна зробити висновок, що інокія працювала в госпіталі при монастирі в якості молодшого медичного персоналу та духовного наставника, як і більшість ченців монастирів. Тож, в даному контексті віра та релігійність богослужителів допомагала людям в медичному аспекті.

Але, що відбувається коли погляди релігійних осіб відрізняються від мети та дій медичних працівників?

Православ'я поділяється на християнство, католицизм та протестантизм. Якщо у перших двох відгалужень у Письмі та його трактуваннях в цілому немає заборон щодо лікування, то у деяких напрямів протестантизму такі заборони існують. Особливо це простежується у течіях анабаптизму. Члени таких громад є мирними людьми, які проти насильства, війн, служб в арміях, технічного прогресу. Вони проповідують здоровий спосіб життя на власний розсуд, з вірою в Бога і вони мають на це право. Наприклад, свідки Єгови забороняють переливання крові навіть якщо є загроза смерті, пояснюючи це тим, що в ній знаходиться душа. Через цю заборону гинуть люди, в тому числі діти які не мають права голосу. Також, в Україні можна зустріти таку течію анабаптизму, як меноніти. У зв'язку з історичними аспектами формування даного релігійного напрямку вони не

мають спільного голову церкви, тому залежно від місця проживання общини деякі правила відрізняються. Наприклад, в Америці меноніти не забороняють користуватись послугами лікарів, та за необхідності можуть звернутись за кваліфікованою допомогою. Але якщо розглядати ситуацію в Україні, то вона дещо відрізнятиметься. Наприклад, у селі Стінка, Буцацького району члени громади поділяються на «світлих» і «темних». Якщо перші у крайніх випадках, тобто при серйозних захворюваннях, можуть звернутись за медичною допомогою, то другі всі блага цивілізації, зокрема медицину, вважають «від лукавого». Таким чином, серед «темних» менонітів високі показники не лише захворюваності, а й смертності. При цьому, нехтуючи профілактичними та реабілітаційними надбаннями сучасної медицини, «світлі» меноніти з часом мають високий рівень занедбаності здоров'я.

Тому, на сьогоднішній день, існують різні організації, мета яких зниження рівня смертності та захворюваності серед релігійних громад. Наприклад, організація CHILD (Children's Healthcare Is a Legal Duty) [2] виступає за право дітей на якісну медичну допомогу, незалежно від релігійних вірувань і уподобань їх рідні.

Висновки. Взаємозв'язок медицини й релігії в умовах сучасності, а саме, технологічного прогресу на межі з новою революцією, вільного доступу до інформації, свободи вибору та іншого, продовжує залишатись суперечливим, оскільки дуже багато питань залишаються без відповідей.

Література:

1. Життєпис засновниці Києво – Покровського жіночого монастиря «Преподобна велика княгиня Анастасія київська», Київ – 2010, Свято – Покровський жіночий монастир, ст. – 54 – 55.
2. “About CHILD” / [Електронний ресурс] – Режим доступу (від 22.05.2019): http://childrenshealthcare.org/?page_id=28 (заголовок з екрану)

Мельник Д. С., Панасенко О. О.,
студенти ВНМУ імені М. І. Пирогова
dmelnik241@gmail.com; oknapanasenko@gmail.com

Науковий керівник:
к. філос. н. *Калач Дмитро Михайлович*, доц.,
доц. кафедри філософії та суспільних наук
ВНМУ імені М. І. Пирогова

ФІЛОСОФСЬКИЙ АСПЕКТ ЯВИЩА ЕВТАНАЗІЇ

В Україні 34% усіх смертей хворих людей наступає в результаті прийняття медиками рішень про припинення життя або шляхом відмови від лікування, або за допомогою ліків, що прискорюють її настання. Поки у

прогресивній Європі намагаються реалізувати права невиліковно хворих людей на добровільну смерть, в Україні про це не може бути й мови. Оскільки в нас, як і в багатьох інших країнах пострадянського простору, евтаназію заборонено законом. Отже, в країнах, де немає законного захисту від неправомірного застосування евтаназії, ситуація є досить невтішною, що слугує приводом для розгляду даної теми.

Тому постає необхідність системного аналізу суперечливих проблем евтаназії в сучасних медичних практиках.

Евтаназія – серйозна проблема сучасності, для розгляду якої потрібне врахування багатьох «за» і «проти». 51% українців вважають, що людина має право скористатися допомогою лікарів з метою добровільної смерті. Дискусії щодо моральності і законності добровільної евтаназії – феномен другої половини ХХ і початку ХХІ століття. Застосування евтаназії відповідає одному із визначальних принципів існування права – принципу гуманізму. Незастосування евтаназії призводить до порушення таких прав і свобод невиліковно хворої людини, як право на свободу та право на повагу гідності.

Проблему евтаназії важко розв'язати через відсутність певних наукових критеріїв, на підставі яких можна було б розрізнити, що є корисним, бажаним для людини, а що ні. Багато хто вважає, що не існує єдиної, об'єктивно правильної відповіді на питання, коли, якщо взагалі, життя людини стає тягарем і, отже, небажаним. Тому єдиним критерієм, на підставі якого маємо дійти висновку, про те, що є благом для людини, є право, тобто її власний вибір. В такому випадку важливо, щоб люди могли самостійно і об'єктивно вирішувати, чи збереже їх власне життя достатню якість і гідність, щоб зробити життя вартим життя.

Виділяють релігійний, юридичний і медичний аспекти евтаназії. Релігійний аспект полягає в тому, що життя людині дано вищими силами, і вона не має право штучно його переривати. В Україні значний вплив на громадську думку має церква, головний постулат якої — ніхто і ніщо не може дати дозвіл на вбивство людської істоти. Згідно з християнським ученням страждання, особливо в останній відрізок життя, мають особливе місце в Божому плані. Таким чином християни добровільно приймають бодай частину страждань, порівнянних зі стражданнями розп'ятого Христа.

Папа Римський Іван Павло II, один з найбільших противників евтаназії, каже: «Захист людського життя на всіх етапах, від зачаття до природної смерті... є обов'язком кожної віруючої людини».

Іслам також виступає проти евтаназії. За віруванням мусульман, лише Аллах вирішує, скільки людині жити. «Не вбивайте людину, крім лише як за правом, адже це заборонив Аллах» – говориться в Корані.

Буддизм чи не єдине віровчення, де в зазначеному питанні думок більше, ніж в будь-якій іншій традиційній релігії. Одним з поширених тверджень в сучасному буддизмі є переконання, що смерть як етап переродження дуже важлива, але наступне перевтілення не буде сприятливим, якщо самовільно перервати нинішнє, більш того евтаназія обтяжує карму.

Юридичний аспект полягає в розробці правової процедури, в тому випадку, якщо евтаназію буде дозволено законом. Медичну проблему евтаназії

важко розв'язати через відсутність певних наукових критеріїв, на підставі яких можна було б розрізнити, що є корисним, бажаним для людини, а що ні. А від їх визначення залежить, чи полегшиться доля багатьох безнадійно хворих людей, які останні роки перебувають у лікарнях, фізичний стан яких діагностується як проміжний – між життям та смертю, а психічний стан – безпорадність, стан глибокого відчаю; ці люди позбавлені вибору, вони законом приречені на повільну і болісну смерть, однак це суперечить загальним принципам права – справедливості та гуманності.

Але слід пам'ятати, наступні слова: «Я не дам нікому смертельного засобу, якого в мене просять, та не покажу шлях для такого задуму», — говориться у клятві Гіппократа, яку дають медики.

Отже, на сьогоднішній день в Україні існує чимало перешкод на шляху впровадження евтаназії у медичну практику на законних основах. В той же час спостерігається тенденція до зростання частки населення, що лояльно ставиться до даної процедури. А це у майбутньому може стати вагомою причиною узаконення добровільної смерті в нашій державі. Єдиного, універсального рішення з цього питання бути не може, тому що пошук сенсу життя та смерті – довгий і суто особистий для кожної людини шлях. На нашу думку, так як людина визначається найвищою цінністю, то і її реальне благополуччя, потреби і право на самовизначення, право на життя, так само, як і на гідну смерть, мають бути гарантовані й забезпечені повною мірою.

Література:

1. “Евтаназія. Право на смерть!!!” / [Електронний ресурс] – Режим доступу (від 22.05.2019): <https://petition.kmu.gov.ua/%2C/Petition/View/1834> (заголовок з екрану)
2. Гиппократ. Этика и общая медицина. – СПб., 2001.
3. Бобров О.Е., Сластенко Е.Ф. Проблема жизни и смерти. Эвтаназия: убийство или милосердие? // Новости медицины и фармации. – 2004. – № 19–20 (159 – 160)
4. “Евтаназія” / [Електронний ресурс] – Режим доступу (від 22.05.2019): https://pidruchniki.com/10660914/etika_ta_estetika/evtanaziya (заголовок з екрану)
5. Спиноза Б. Соч. : в 2 т. - СПб., 2006. - Т. 1. - 489 с.
6. Фут Ф. Эвтаназия // Философские науки. — 1990. — № 6. — С. 63—80.
7. Цивільний кодекс України. — К., 2003. — 384 с.
8. “Наслідки евтаназії, або Чи узаконять добровільну смерть в Україні?” / [Електронний ресурс] – Режим доступу (від 22.05.2019): https://dt.ua/family/naslidki-evtanaziyi-abo-chi-uzakonyat-dobrovilnu-smert-v-ukrayini-_html (заголовок з екрану)
9. “Евтаназія” / [Електронний ресурс] – Режим доступу (від 22.05.2019): <http://aphy.net/forum?task=viewtopic&id=1722> (заголовок з екрану)

Лукашенко А. І.,
студентка ВНМУ імені М. І. Пирогова,
annlook23@gmail.com

Науковий керівник:
к. філос. н. Лукашенко М. В.,
Вінницький медичний коледж імені акад. Д. К. Заболотного,

ЄВГЕНІКА В НАУКОВОМУ ТА РЕЛІГІЙНОМУ ДИСКУРСАХ

Актуальність розгляду феномену євгеніки в сучасному релігійному дискурсі пов'язана з останніми досягненнями генетики, нових технологій запліднення та операцій з життям, які потребують як аналізу попереднього історичного досвіду суспільств щодо легітимного втручання у репродуктивну сферу своїх громадян, формування політики щодо інших рас, так і уваги до релігійних рефлексій означених процесів.

Питання про свідоме соціальне і біологічне планування майбутнього суспільства, як «відповідального» ставлення до світу, який люди залишають своїм нащадкам не раз підіймалося філософами, науковцями різних часів та країн. Проте відповіді були не лише різними, а й діаметрально протилежними щодо можливості подібного втручання та його допустимих методів. Керуючись найкращими морально-етичними мотивами створення умов для появи все більш талановитих і щасливих громадян, позбавлення страждань невинних майбутніх дітей, які можуть народитися хворими, та людей, які будуть вимушені ними опікуватися, деякі радикально налаштовані науковці та ідеологи створили страшну систему, що мала контролювати репродуктивну функцію людей з генетичною патологією, що відображається на їхньому фізичному, психічному та соціальному здоров'ї.

Історичні приклади євгенічних «помилко» – від масових стерилізацій, до геноциду по відношенню до людей тієї чи іншої нації, закликають до аналізу такого досвіду та попередження його можливого повторення, тільки у нових, незаних, більш прийнятних, а від того і більш страшних для майбутнього формах. Тому сьогодні є важливою увага як медиків, так і філософів до історичного аспекту виникнення євгеніки, її поширення у різних країнах світу, зокрема феномен руської євгеніки, а також аналіз етичних основ, норм та конфліктів даної «науки».

Так, поняття євгеніки походить від грецького *eugeneis* (добрий рід) та означає рух за поліпшення природи людини. Це вчення про спадкове здоров'я людини, про способи поліпшення спадкових властивостей (умови і закони передачі обдарованості і таланту) та можливі методи активного впливу на еволюцію людства, соціальне керування нею з метою подальшого вдосконалення його природи, обмеження передачі спадкових хвороб майбутнім поколінням. Тобто, хоча євгеніка і базується на генетиці, вона сама не є наукою, тому що керується перш за все соціальними цінностями [6, с. 341]. Проте, якщо учені частіше ставили перед євгенікою гуманні цілі, то коли

нею послуговувалися деякі політичні діячі, спираючись на національні міфи та ворожнечу, це завершувалося виправдуванням дискримінації, а евгеніка поєднувалась з расовою гігієною та легітимізацією геноциду.

У більшості джерел, присвячених евгеніці, згадується, що даний термін вперше запропонував сер Ф. Гальтоном у книзі «Спадковість таланту, його закони і наслідки» (1869), який був двоюрідним братом Ч. Дарвіна. Очікувана наука у англосаксонському світі мала стати частиною національної свідомості, на зразок нової релігії. Ф. Гальтон означив принципи евгеніки, закликаючи до відповідального продовження роду, коли кожна людина має вірити, що народження дітей не має бути випадковим, а це знову наближало її до рангу релігії. Сучасний ідеолог евгеніки В. Б. Авдєєв, хоча й не піддає сумнівам значення робіт Ф. Гальтона, проте, віддає право першості руському науковцю В. М. Флоринському (1834-1899), який означив її основні принципи, зокрема у роботі «Усовершенствование и вырождение человеческого рода» (1965), де коренем народного здоров'я він називає гігієну шлюбу [1, с. 6, 9]. «Євгеністичні» ж світоглядні тенденції простежуються на всіх стадіях розвитку людських спільнот. Рекомендації щодо обрання чоловіка і дружини з прогностичною метою народження дітей, є у народних казках, у священних текстах Старого Заповіту, зороастрійської «Авести», у текстах філософів різних часів. Зокрема, у «Державі» Платона, описані принципи як позитивної, так і негативної евгеніки, через заохочення народжуваності серед обдарованих та її обмеження серед тих, хто вважаються гіршими. Славнозвісними є і реформи Лікурга у спартанському суспільстві, коли держава в особі старійшин, а з часом ефорів, вирішувала хто мав право жити і входити до її складу, а хто ні. Пізніше також озвучувалися ідеї «селекції» громадян ідеального суспільства Т. Мором, Т. Кампанеллою та ін.

Названі були лише кілька прикладів з множини інших евгенічних проєктів, що здійснювалися впродовж історії людства. Проте, головний етико-філософський парадокс евгеніки пов'язаний з часом початку її широкого розповсюдження. Це був період, коли утверджувалися думки, що не лише людські істоти заслуговують на повагу до їх життя, а й тварини [3, с. 82]. Саме тема співчуття лягла в основу як руху захисту тварин, так і спотвореному вигляді – евгеніки. Євгенічна програма Гальтона була швидко визнана вікторіанським суспільством в кінці XIX ст., а пізніше і всім світом, але історія зберігає пам'ять про наслідки, до яких це призвело. Феномен такого швидкого поширення даних ідей пов'язаний з сутністю модерного суспільства, у якому соціальні інженери мають самі вирішувати які люди, з якими якостями і призначенням мають займати розплановані місця, а які автоматично стають «зайвими» і мають або змінитися та інтегруватися у суспільство, або мають його залишити якщо не власно, то не мати можливості передати свої гени нащадкам. Якщо ж згадати ситуацію початку XX століття в Європі, пануючі соціальні очікування, прагнення людей до поліпшення життя за рахунок кардинальних змін, то стає зрозуміло, чому ідея евгеніки знайшла благодатний соціальний ґрунт.

У різних країнах переслідувалися різні цілі, але інструмент було обрано один. Так, у США евгеніка повинна була служити соціальним завданням – викоринити алкоголізм, проституцію, спадкові психічні захворювання, а її розповсюдження брало свій початок від «індіанської ідеї» – законів штату Індіана

щодо стерилізації людей названих категорій. У Німеччині Третій Рейх шукав та цінував чистоту крові арійців, надавав їй містичного значення та спрямовував увагу на знищення представників нижчих, неарійських рас. У Радянському Союзі акцент було зроблено на формуванні нової людської генерації «хомо советікус». Режим, установлений після революції 1917 року, ідеологічно був пов'язаний з матеріалізмом, марксизмом і надихався сцієнтизмом та вірою у прогрес, які ні в чому не суперечили евгенічному ідеалу, а також мали зв'язок з раніше висловленими ідеями, наприклад, В. М. Флоринського (наслідування анатомічних ознак і типу розумової конституції визначають цивілізаційний тип). Зокрема, у листопаді 1920 р було створено «Російське евгенічне товариство», головою якого став Н. К. Кольцов. У періодичних евгенічних виданнях стали підніматися теми демографії, злочинності, стерилізації, спадковості душевних і нервових захворювань, алкоголізму, схильності до насильства, а також збільшення плодючості «видатних» особистостей.

В СРСР також стало озвучуватися порівняння евгеніки з релігією. Так, Н. К. Кольцов у своїй роботі «Покращення людської породи» пише: «Лунають голоси, які вимагають, аби евгенічна ідея стала революційною релігійною ідеєю, яка б зайняла перше місце серед ідей, які об'єднують навколо себе широкі маси людства», адже історичний досвід впровадження наслідування заповітів моралі, культу краси, високих ідеалів людської культури на основі рівності, братерства і свободи створює ситуацію, в якій «сучасний біолог впевнено заявляє, що між усіма цими спробами покращити людство і тими задачами, які ставить перед собою нова «евгенічна релігія», яка розвивалась на ґрунті останніх відкриттів в галузі природознавства, різниця самого основного, корінного характеру» [1, с. 135]. Проте, не моральні, а демографічні аргументи змусили радянську владу відмовитися від стерилізації, адже в країні смертність перевищила народжуваність і евгенічні заходи були не на часі. Також евгеніка як ідея вступила в жорсткий конфлікт з марксизмом, що наполягав на тому, що соціальні зміни, які викликають зміни природи людини, можливі. У 30-х роках евгенічні ідеї розроблялися в лабораторіях расових досліджень, мало місце німецько-радянське співробітництво у даній сфері. Але з часом евгеніка стала практикою нацистської Німеччини і про неї на довгий час, особливо після жайхть Другої Світової війни, її концтаборів та знищення «деградантів», забули [2].

Проте розповсюдження евгеніки не було безперешкодним. Протидію найбільшій сили ідеологія евгеніки зазнала з боку християнських філософів та богословів. Так, православне бачення наслідування дітьми від батьків багатьох якостей пояснюється тим, що душа і тіло людини народжується від її батьків [5, с. 28]. З іншого боку, хвороби потрібно не «винищувати» разом з їх носієм чи його майбутніми нащадками, а розглядати як такі, що дозволені людині Богом з метою покласти межу безчинству і повернути її та весь народ в цілому до усвідомлення гріхів і покаяння [4, с. 7]. Також для християн завжди абсолютно неприйнятною була стерилізація, яка адептами евгеніки позиціонується як гуманний метод попередження страждань майбутніх поколінь, «оздоровлення нації» і т. п. [7, с. 135].

Іншим варіантом реагування на небезпеку евгеніки є систематизовані

авторами ювілейної доповіді Римського клубу «Come On!» відповіді науковців. Так, дослідження С. Джей Гулда і Н. Елдредж, свідчать про важливість існування генетичного басейну, який акумулює «непотрібні» риси, вроджені хвороби, імунітет до локальних інфекцій або генетична схильність до певних хвороб. Зокрема, рідкісні рецесивні гени проявляються коли популяція мала, тобто певні рецесивні мутації стають відповіддю на новий виклик навколишнього середовища, новими адаптивними властивостями виду. Тобто через деякий час вони стають перевагою для всіх і доводять корисність збереження тих варіантів, які в сталих попередніх умовах були слабкими або шкідливими. Робота А. Вагнера свідчить про важливість тривалого будівництва величезних «бібліотек» з генетичними можливостями кожного виду, які не є «непотрібними ДНК», а визначають інновації в еволюції, є скарбами, які мають бути захищені від руйнування в процесі природного добору [8]. Проте їхні занепокоєння вже стосуються неоевгеніки, коли сучасний розвиток генетичних досліджень, дає можливості втручання в геном людини, різати та модифікувати ДНК, редагувати гени (CRISPR/cas9), вилучати інформацію, яка провокує виникнення хвороби. Це може спровокувати зменшення генетичного різноманіття та розмірів вагнерівської «бібліотеки».

Узагальнюючи приховані соціально-філософські небезпеки, які лежали в основі євгенічного світогляду, важливо наголосити на ціннісних конфліктах в його основі, коли метою начебто є досягнення стану «найкращого блага для найбільшої кількості людей» у майбутньому. Проте, хто визначає що таке «благо» і які критерії його досягнення? Хто має входити у число тієї меншості, ціною жертв якої буде досягатися щастя більшості? Хто є тими інженерами, які мають визначати необхідні типи «корисних» громадян? І, нарешті, який критерій перевірки істинності запланованих змін і яким буде страхування від помилок, ціною яких є життя людей або його якість?

Підводячи підсумок, варто зазначити, що тема євгеніки набуває у сучасному світі особливої гостроти і потребує історичного осмислення. Тому, необхідно підкреслити, її відмінність від медичної генетики, яка є наукою і пов'язана з індивідуальним консультуванням людини, сім'ї, на відміну від євгеніки, яка є світоглядною формою, яка посилається на наукові знання та спрямована на штучне удосконалення людської природи, масштабні зміни репродуктивної практики, коли дітонародження стає контрольованим. Хоча у майбутньому дана різниця може біти нівельована під маскою неоевгеніки. Попри все, ідея відповідальності кожного за покращення майбутнього дітей, яка може реалізовуватися через відповідальне ставлення до власної репродуктивної поведінки, увагу до свого здоров'я (фізичного, психічного, соціального) є важливою для людей будь-якого часу, якщо знаходиться у межах норми.

Література:

1. Авдеев В. Б. Русская евгеника. Сборник оригинальных работ русских учёных (хрестоматия) / под ред. В. Б. Авдеева. – М.: Белье альвы, 2012. – 576 с. [Библиотека расовой мысли].
2. Бризгаліна О. Історія євгеніки: пояснення термінів, спростування

- упереджень / О. Бризгаліна // [електронний ресурс]. – 2017. – режим доступу: <https://www.ar25.org/article/istoriya-yevgeniky-poyasnennya-terminiv-sprostuvannya-uperedzhen.html>
3. Ворона В. А. Етико-філософські засади обґрунтування гуманного ставлення до тварин в європейській культурі / В. А. Ворона // Мультиверсум. Філософський альманах. – 2013. – Випуск 3 (121). – С. 82-93.
 4. Грилихес Л. Библейский взгляд на причины и сущность болезней / иер. Леонид Грилихес // Православие и проблемы биоэтики. – 2006. – Випуск 2. – С. 5-9.
 5. Зорин К. В. Грехи родителей и болезни детей / К. В. Зорин; 3-е изд. – М.: Русский Хронограф, 2003. – 192 с.
 6. Овчинникова М. Б. Техника жизни, которая ведёт к смерти: Размышления о клонировании, и не только о нем / М. Б. Овчинникова. – М.: Фаворъ, 2002. – 351 с.
 7. Силюнова И. Этика врачевания. Современная медицина и Православие / И. Силюнова. – М.: Издательство Московского подворья Свято-Троицкой Сергиевой Лавры, 2001. – 319 с.
 8. Weizsacker E. U., Wijkman A. Come On! Capitalism, Short-termism, Population and Destruction of the Planet – A Report to the Club of Rome / Ernst Ulrich von Weizsacker, Anders Wijkman. – NY: Springer Science+Business Media LLC, 2018. – 220 p.

Монул Є. В., Купчик А. Р.,
студенти НМУ імені О. О. Богомольця,
onechushkina@gmail.com

Науковий керівник:
Нечушкіна О. В.,
ст. викл. кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

СТАВЛЕННЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ДО ПРОБЛЕМИ ШТУЧНИХ АБОРТІВ: СОЦІОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ

Досліджено проблему проведення штучного абортів в Україні. Вивчено ставлення студентів-медиків до здійснення штучних абортів.

Методи дослідження: аналіз документів, опитування.

Ключові слова: аборт, штучний аборт, проблематика абортів, морально-етична проблема.

Штучний аборт — це припинення життя плоду прямим втручанням, внаслідок якого настає переривання вагітності та смерть плоду. Проблема штучних абортів є однією з дискусійних проблем медицини, філософії, біоетики та багатьох інших наук. Неможливо однозначно визначити, чи є припустимим здійснення абортів, чи взагалі такі дії є незаконними.

Сьогодні в Україні аборти є узаконеними. Відповідно до законодавства про охорону здоров'я (Стаття 50), аборт в Україні є дозволеним до 12 тижнів вагітності, за бажанням жінки, або до 22 тижнів вагітності, згідно з медичними чи соціальними показниками [1].

Існує три підходи до етичної оцінки припустимості штучного аборту: консервативний, ліберальний та центристський. Консервативна точка зору полягає у твердженні, що аборт ніколи не може бути виправданим етично, або аборт допустимий тільки за необхідності врятування життя вагітної. Ліберальна точка зору полягає в етичній прийнятності аборту в усіх випадках, тобто в будь-який період розвитку плода і незалежно від причини. Прихильники третьої, центристської, позиції вважають, що аборт морально допустимий до певної стадії біологічного розвитку плода і (або) стверджують, що деякі причини є достатньою етичною підставою для проведення аборту, у той час як інші не є такими [2].

Штучний аборт засуджується головними деномінаціями трьох авраамічних релігій, — християнством, ісламом та юдаїзмом – і вважається формою вбивства.

Існує безліч конфліктів навколо даної проблеми. В країнах усього світу проходять численні мітинги та протести, що стосуються абортів. Наприклад, на території Польщі проходили мітинги проти повної заборони абортів в країні. Зазначимо, що Польща – християнська країна, де релігія має великий вплив на населення, тому аборти там заборонені окрім випадків загрози життю чи здоров'ю матері, вагітності внаслідок згвалтування чи у випадку загрози важкої патології плоду. Через вплив церкви аборти заборонені у багатьох інших країнах, що тягне за собою також проблему «абортного» туризму [3].

В Україні у 2017 році також готували законопроект про заборону штучних абортів з метою контрацепції. Це викликало хвилю невдоволень з боку населення, тому закон так і не був підписаний.

До 1991 року, аборт в Україні регулювався законодавством про аборти в СРСР. Від тих пір законодавство щодо абортів змінилося. Кількість абортів скоротилася з 109 абортів на 1000 жінок віком 15-44 років у 1986 році, до 80.9 в 1991, 67.2 в 1996 році і 27.5 в 2004 році. Станом на 2010 рік показник абортів склав 21,2 абортів на 1000 жінок віком 15-44 років [4].

Згідно з даними Міністерства охорони здоров'я України, кількість абортів в Україні з 2005 по 2018 роки була такою [5]:

Рік	Кількість абортів
2005	242 343
2006	229 618
2007	210 454
2008	201 087
2009	181 064
2010	164 467
2011	156 193
2014	116 104
2018	46 552

Аналізуючи дані, можна зауважити, що протягом 2005 – 2018 років кількість офіційних штучних абортів на території України істотно зменшилась.

За даними Центру медичної статистики МОЗ з 46 552 абортів, здійснених на території України протягом 2018 року, 1451 – медичні легальні аборти за медичними показаннями після 12 тижнів вагітності; 19878 – медичні легальні аборти до 12 тижнів вагітності; 16664 – аборти методом вакуумної аспірації; 8559 – медикаментозний аборт [5].

З метою встановлення ставлення майбутніх лікарів до проблеми штучних абортів в Україні та визначення рівня їх обізнаності було проведено соціологічне дослідження. Об'єкт дослідження – студенти 1 курсу медичного факультету №4 Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця (N= 109) віком, від 16 до 19 років, серед яких 73 дівчини і 34 юнака. Метод збору інформації – анкетування. Обробка інформації здійснювалася за допомогою пакету обробки статистичних даних IBMS PSS Statistics.

За результатами опитування 39% респондентів вважають штучний аборт припустимим (в тому числі на прохання жінки), 24% розділяють думку, що такий вид аборту не є припустимим окрім випадків, що становлять загрозу життю плода або матері, і 37% опитаних обрали варіант, що штучний аборт є припустимим до певного терміну вагітності за медичних чи соціальних показань. На питання, чи вважають вони припустимим здійснення аборту неповнолітніми, 16,5% респондентів відповіли, що даний вид аборту є припустимим лише тоді, коли вагітність загрожує життю дівчини чи її майбутньої дитини, а 45% і 33% – вважають припустимим відповідно аборт до певного терміну вагітності за медичних чи соціальних показань або ж просто на прохання дівчини. Щодо вагомих причин для здійснення абортів 98% і 96% опитаних вибрали пункти, де йшлося відповідно про патологію вагітності та плода і гострі чи хронічні захворювання, що загрожують здоров'ю і життю матері або ж плода. На другому місці серед поважних причин студенти виділили згвалтування (81%). Третє місце розподілили між собою відсутність у батьків бажання виховувати більше дітей, ніж вже наявних (30%), скрутне матеріальне становище (19%), рання підліткова вагітність (18%) і наявність у батьків шкідливих звичок (16%) відповідно. Такі варіанти відповідей, як дефіцит вільного часу у батьків і загроза дитини кар'єри, не привернули серед респондентів багато уваги. Переважна більшість опитаних (83%), якби стала лікарем-гінекологом, робила б штучні аборти у своїй лікарській практиці (з них 54% на прохання людини і 29% за певних причин) і лише 15% категорично відмовляються від подібних маніпуляцій. 72% респондентів переконані, що кількість штучних абортів впливає на народжуваність в Україні, 24% - вважають, що це не так. Також варто зазначити, що 78% опитаних не вважають доцільним заборонити в Україні штучні аборти з метою контрацепції на державному рівні, таку ідею підтримали лише 21% респондентів.

Таким чином, можна зауважити, що переважна більшість опитаних студентів-медиків ставиться до штучних абортів в лікарській практиці досить ліберально. З огляду на вище наведені факти, можна стверджувати, що питання етичної припустимості проведення абортів залишається актуальним, а відповіді респондентів у процесі опитування вказують на неоднорідність думок з приводу цієї проблеми.

Література:

1. Стаття 50 / Добровільне штучне переривання вагітності / Основи законодавства України про охорону здоров'я [Електронний ресурс] // Верховна Рада України : [офіційний веб портал] / Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
2. Запорожан В. М., Аряєв, М. Л. Біоетика та біобезпека: Підручник / В.М. Запорожан, М.Л. Аряєв. – К.: Здоров'я, 2013. – 456 с. - с.185
3. Аборти – «за» чи «проти» [Електронний ресурс] / Режим доступу: <https://te.20minut.ua/Podii/aborti--za-chi-proti-10550484.html>
4. Динаміка і географія абортів в Україні 2005-2012 роки [Електронний ресурс] / Режим доступу: <http://infolight.org.ua/content/dinamika-ta-geografiya-abortiv-v-ukrayini-2005-2012-roki>
5. Кількість абортів і пологів за даними закладів охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України [Електронний ресурс] / Режим доступу: http://moz.gov.ua/ua/portal/pre_20120313_2.html

Кравченко В. Г.,
студент НМУ імені О. О. Богомольця,
vlad_vladiislav@ukr.net

Науковий керівник:
Васильєва І. В.,
д. філос. н., проф.,
зав. кафедри філософії біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

СОЦІАЛЬНІ МІФИ У КОНТЕКСТІ НАУКИ ТА РЕЛІГІЇ

Актуальність. Зазвичай вважають, що міфи були потрібні людині в донаукову епоху, так з їх допомогою вона пояснювала собі світ. Натомість, сучасна людина, яка отримала хоча б шкільну освіту, уявляє світ користуючись раціональними концепціями, і міфів не потребує.

Проте історія та сучасність спростовує подібні уявлення, на зміну архаїчної міфології у масовій свідомості виникають нові міфологічні сюжети. Основна причина полягає в структурі психіки людини, яка, за К. – Г. Юнгом, охоплює рівні свідомості, особистого несвідомого та колективного несвідомого.

Іноді соціальні міфи пов'язані з окремими релігійними та науковими вченнями. Тому цілком доречним є питання значення соціальних міфів, їх цінності та шкоди для релігії та науки.

Мета роботи: проаналізувати деякі соціальні міфи, пов'язані з біологією, медициною та релігією, які ґрунтуються на однобічному, некоректному розумінні наукових фактів та їх інтерпретаціях, що

призводить до формування хибних висновків, а відповідно й нових форм міфологізації свідомості.

Методи дослідження: комплекс філософських, загальнонаукових і спеціальних наукових методів.

Ключові слова: наука, релігія, медицина, соціальні міфи, телегонія, СНІД.

Основна частина. Питанням формування та функціонування міфологічної свідомості були присвячені праці видатних філософів і релігієзнавців: С. Аверінцева, Я. Голосовкера, К. Леві – Строса, О. Лосева, О. Фрейденберга, М. Еліаде та ін. Проте серед різноманіття існуючих міфів потребують подальшого дослідження соціальні міфи, в основі яких лежать псевдонаукові уявлення про природні процеси та явища. Часом ці міфи можуть бути використані не тільки для обґрунтування певних поглядів у науці та релігії, а й ідеологічних міфологем. Прикладом останнього є міф про несумісність науки та релігії, який активно використовувався комуністичними ідеологами в атеїстичній політиці та пропаганді.

Досить поширеним міфом навколо наукових знань є ефект телегонії.

Телегонія – це явище, коли попередні статеві партнери жінки прямо та безпосередньо впливають на її нащадків. Міф бере свій початок з наукового спостереження Джорджа Дугласа (лорда Мортон) (1820р.), описаного Ч. Дарвіном. Пізніше, з розвитком біології, зокрема, генетики, стало зрозумілим в деталях, як відбувається запліднення та передача спадкового матеріалу від батьків до дітей. Відповідно до чого, не було виявлено жодних механізмів, які могли забезпечувати таке явище, як телегонія. На жаль, цей міф використовують деякі представники релігійних організацій, щоб обґрунтувати свої ідеї, використовуючи сумнівні наукові дані та інтерпретуючи їх на свій лад. Дуже часто поняття телегонія застосовується, як обґрунтування потреби у збереженні цноти [1].

Прикладом так званого «медичного» міфу є думка, яка домінувала на початку поширення СНІДу, що ця хвороба виникає безпосередньо від гомосексуальних, безладних гетеро сексуальних контактів та використання ін'єкційних наркотиків. Що не менш активно застосовується з релігійної точки зору, як аргумент проти означених форм поведінки. Також для цього міфу часто притаманне заперечення існування ВІЛ, як причини виникнення СНІД.

В процесі дослідження були розглянуті дві конкуруючі гіпотези: перша – вірус імунодефіциту людини краще передається шляхом вказаних вище дій, друга – власне така поведінка викликає захворювання.

Відповідно до результатів дослідження, яке було опубліковано в журналі *Lancet*, серед двох піддослідних груп, де у першій було діагностовано ВІЛ, а інша була повністю здоровою у цьому питанні, під час експерименту у першій групі розвивався СНІД, натомість друга залишалася здоровою незалежно від поведінки [2].

На відміну від вищезазначених соціальних міфів, міф про

несумісність науки та релігії неможливо спростувати або підтвердити емпіричним, експериментальним шляхом, що зумовлено, передусім метафізичністю, трансцендентністю феномену релігії. Як переконливо доводив Свт. Лука (В.Ф. Войно – Ясенецький) потреби в науці та релігії є потребами людського духу, які коріняться у людській природі. Проте, якщо «наука – це система досягнутих знань про явища дійсності, які спостерігаються», то «релігія є відношенням до Абсолютного, до Того, Кого ми йменуємо Богом» [3, с. 34, 37].

Актуальним й сьогодні є аналіз автором «Науки та релігії» основних джерел упередження щодо суперечності науки релігії: поверховість знань як в галузях науки, релігії, так і філософії, особливо теорії пізнання; змішування науки з думкою вчених, яка, як з'ясовується з часом, суперечить і природі, і науці, що відображає дійсні явища природи. Отже, «знання приводить до Бога, напівзнання віддаляє від Нього» [3, с. 40]. Для спростування зазначеного соціального міфу В.Ф. Войно-Ясенецький використовує історико-біографічний метод, зокрема, аналізує позитивне ставлення до релігії людей, які увійшли в історію світової науки: Галілея, Бойля, Пастера, Ньютона, Дарвіна, Томпсона, Фарадея, Ома, Кеплера та ін. Як відомо, віруючими були й такі видатні представники медицини, як Ф. Гааз, В. Рентген, І. Павлов, В. Філатов, Луї Пастер, А. Швейцер тощо.

Свт. Лука (В.Ф. Войно-Ясенецький) не тільки теоретично (праця «Наука та релігія»), а й практично, всім своїм життям довів сумісність релігії та медицини, віри в Бога та науки. Він належав до тих великих мислителів і подвижників ХХ ст., опорою яких служив цілісний духовний досвід, що об'єднував релігійну, пізнавальну, етичну, мистецьку, професійну та інші види діяльності [4, с. 6].

Література:

1. Иванов А.. Телегония, или значение таинства брака [Електронний ресурс] / Русский дом. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.stseraphimmichigan.org/big/ar/H08-T.htm>.
2. HIV-1 and the aetiology of AIDS. [Електронний ресурс] / Schechter M.T., Craib K.J., Gelmon K.A. та ін.] // Lancet. – 1993. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8095571>.
3. Войно-Ясенецький В.Ф. (Святитель Лука) Наука и религия / В.Ф. Войно-Ясенецький. – Симферополь: ОАО «Симферопольская гордость типография» (СГТ), 2009. – 160 с.
4. Васильева І. В. Філософія релігії та медицини Свт. Луки (В.Ф. Войно-Ясенецький) / І.В. Васильева // Вісник національного авіаційного університету. Серія: Філософія. Культурологія: Збірник наукових праць. – Вип. 1(27). – К.: НАУ, 2018. – С. 5-9.

Іскендерова А. М.,
студентка НМУ імені О. О. Богомольця,
ayna200901@gmail.com

Науковий керівник:
к. філос. н. *Романюк О. В.*,
ст. викл. кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ТОЧКИ ПЕРЕТИНУ ВІРИ У БОГА ТА ФАХОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ У ПРОФЕСІЇ ЛІКАРЯ

Фундаментальне право людини на свободу віросповідання, задеклароване в конституції незалежної України, дало поштовх до навернення нових адептів у різні конфесії, теологічні школи, релігійні течії. У сучасній Україні до церкви ходять представники всіх професій, але, якщо людина в принципі може дозволити собі приналежність до певних моральних норм, то як носій професійних знань, обов'язків, культури і традиції не завжди. Вірянин не ставить перед собою питання про існування Бога – для віруючих положення про його існування є аксіомою, а положення моральних догматів – апріорними. Зрозуміло, що деякі релігійні постулати можуть суперечити певним професійним обов'язкам і, навіть, заважати їх виконанню. Наразі, актуальним видається дослідження кореляції моральних релігійних норм з фаховими обов'язками лікарів, зокрема хірургів.

Для нашого дослідження корисними виявились роботи таких вітчизняних дослідників: Ю. Ворон (роль релігії у лікуванні пацієнтів), О. Кудин (медицина в контексті ісламської етики), Д. Предко (вплив релігійного фанатизму на особистість), О. Редькіна (тлумачення евтаназії та смерті у християнстві), О. Терезі (право на здоров'я у релігіях світу) та ін.

Серед зарубіжних робіт для нас виявились цікавими наступні: Ларрі Доссі (покладатися на силу молитви у випадках, коли звичайна медицина не спрацювала), Національне опитування 1100 лікарів, проведений HCD Research та Інститутом релігійних і соціальних досліджень імені Луї Фінкельштейна в Єврейській богословській семінарії в Нью-Йорк (релігія забезпечує надійне і необхідне керівництво до життя), загальне соціальне опитування в США (лікарі говори, що релігійні переконання впливають на їх медичну практику), Доктор Гарольд Кеніг (переконаний, що віра може допомогти в процесі зцілення).

Мета роботи полягає в аналізі деяких аспектів перетину віри у Бога та фахових компетентностей лікарів-хірургів.

Почнемо з того, що людський загал знає про Бога? Бог – творець, який створив все суще на Землі. Віра в Бога — це могутня сила, вона дає надійну опору в житті і допомагає впевнено дивитись в майбутнє. Навіть якщо ви ніколи не вірили в Бога, перестали вірити в нього або хочете зміцнити свою віру, у Біблії, Корані, Торі та інших релігійних текстах ви знайти відповіді на

всі ваші питання.

Люди можуть посперечатися про те, що вірити або не вірити в Бога – це індивідуальне рішення кожної людини. Як правило, люди, віруючі в Бога більш внутрішньо задоволені своєю роботою і життям в цілому, ніж атеїсти. Адже все, що випадає на долю вірянина, то від Бога і лише на благо. Не дивлячись на професійні особливості лікарів різних спеціальностей є дещо, що їх об'єднує – від них залежить життя інших людей (не його якість чи кількість, а саме його наявність). З одного боку, у кожного лікаря є «своє кладовище», не всі хвороби лікуються, не всі пацієнти хочуть бути здоровими. З іншого боку, саме на лікареві лежить відповідальність, зокрема як складової його обов'язків, за те, щоб під час операцій всі пацієнти виживали, пошук нових засобів й методів лікування так званих невиліковних хвороб, мотивацію пацієнта до одужання тощо. Мова йде про міру докладених зусиль лікарем до успіху у порятунку життя пацієнтів. І тут віра в Бога може бути як фундаментом цього успіху, так і мірилом зусиль (внутрішні механізми оцінки).

Наприклад, якщо лікар-хірург віруючий і звертається до Бога перед операцією, це дає йому заспокоєння і впевненість, а ще – допомогу Вищих сил. Вчені зробили сенсаційне відкриття: щира молитва дійсно сприяє одужанню хворого – навіть в тих випадках, коли лікарі виявляються безсилими. У своїй книзі «Цілючі слова» лікар Ларрі Доссі розповідає про важливу роль віри в практичній медицині, демонструючи ефективність молитви на прикладах зі своєї багаторічної практики. «Якби ви попросили мене, будучи хворим, щоб я молився за вас, я б сказав, що я буду». На його думку, віра повинна мати місце в практиці сучасного лікаря [1]. Якщо лікар екстраполює на пацієнта свою віру, якщо пацієнт бачить поведінку лікаря-хірурга просякнуту вірою, то й сам вмотивовується на боротьбу й одужання, більше довіряє своєму лікарю, більше дослухається до порад та виконує їх.

Вчені, як і раніше з'ясовують, чи приносять релігійні переконання, дотримання релігійних ритуалів або різні рівні духовності будь-яку кількісну користь для здоров'я. Об'єктивним залишається те, що монахи різних віросповідань, зокрема аскети, мали добру вдачу, зберігали довго хороше здоров'я та здоровий глузд, при цьому знаходились в умовах, позбавлених комфорту. Також, об'єктивним є факт, що деякі релігійні зобов'язання й переконання пацієнтів (подекуди цілих релігійні громади) дійсно впливають на медичні рішення й дії лікарів, особливо хірургів, що не завжди на користь. З одного боку, змінюється екзистенція переживань хвороби і з'являються ресурси для подолання страждань [2]. Такі лікарі, як фахівець з раку Елізабет Тарг, хочуть використовувати силу віри у війні з хворобами. Вона вивчала вплив молитви на невелику кількість хворих на СНІД. Вчена-лікар стверджує, що молитовна група жила довше. З іншого боку, існують релігійні заборони на переливання крові, трансплантацію, зміну зовнішності, іноді навіть на лікування як таке. Такі заборони не лише ускладнюють чи унеможливають виконання обов'язків лікаря-хірурга, а й позбавляють пацієнтів життя.

У Guardian було опубліковано результати дослідження щодо взаємозв'язку поведінки лікарів та летальності: «Лікарі атеїсти з більшою ймовірністю прискорять смерть», «Лікарі, які заявили, що вони релігійні

або які виступають проти легалізації допомоги помираючим, з меншою ймовірністю повідомляють про рішення, в яких вони очікували або хотіли прискорити кінець життя». Це може бути тому, що святість життя є більш актуальною проблемою для цих лікарів, ніж якість життя ... ».

Доктор Фарр Керлін провів опитування серед американських лікарів [3]:



Висновок. Щоб подолати релігійні заборони щодо лікування у деяких релігійних течіях, які негативно впливають на перебіг лікування, лікарі мають бути ґрунтовно обізнаними на релігійних поглядах пацієнтів вміти доцільно посилатись на літературні джерела, притчі, вірші, сури тощо. Віра може і має допомагати лікарю-хірургу і в його складній праці, і в одужанні пацієнтів, і в налагодженні особистого та професійного становлення.

Література:

1. Національне опитування 1100 лікарів, проведений HCD Research та Інститутом релігійних і соціальних досліджень імені Луї Фінкельштейна в Єврейській богословській семінарії в Нью-Йорк / [Електронний ресурс] –Режим доступу: <http://www.koob.pro/dossey/>
2. Загальне соціальне опитування в США / [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1490160/#b6>
3. The Guardian / [Online] – Available at: <https://www.theguardian.com/commentisfree>
4. Сержантов В.Ф., Корольков А.А. Философия и медицина. / В.Ф.Сержантов, А.А. Корольков. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1986. – 212 с.
5. Марчук О. Наукове знання та релігійний світогляд : проблеми співвідношення / О. Марчук // Світоглядноціннісні виміри гуманітарного знання та освіти : Матеріали III Міжнародної конференції молодих науковців 28 – 29 жовтня 2010 року – Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2010. – С. 227 – 228.

Жигалкевич Д. В.,
студент НМУ імені О. О. Богомольця
zhygmyt@ukr.net

Науковий керівник:
к. філос. н. *Романюк О. В.,*
ст. викл. кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ТАНАТОЛОГІЯ: ФІЛОСОФСЬКІ ТА РЕЛІГІЙНІ ОСНОВИ

Актуальність. Наразі проблеми філософської танатології продовжують бути дискусійними. Адже існує багато підходів до пізнання «смерті», зокрема: науково-оптимістичний (виводить явище смерті з області буття); природно-науковий (дає осмислення смерті в межах її матеріалістичного трактування); релігійно-песимістичний (характеризує смерть на основі екзистенціальних категорій «страху» і «трепету»); феноменологічний і психоаналітичний (дослідження смерті в ракурсі поглибленого розуміння соціально-культурної, психологічної та духовної реальності минулих епох); релігійно-ідеалістичний (включає феномен смерті в число сутнісних характеристик людини, докорінно змінюючи його онтологію); раціоналістичний (мінімізує дослідні можливості та саму проблему життя-смерті-безсмертя); евристичний (представлена нераціоналістичним архаїчним сприйняттям смерті) тощо.

Інші підходи до вивчення танатології спрямовані на сферу прикладної науки – танатотерапію. Практичне значення якої полягає в усвідомленні того, що таке смерть, що таке «правильна смерть», як відбувається вмирання, що відбувається з людиною в смерті та після смерті.

Мета роботи: дослідити і систематизувати наукові підходи до поняття філософської танатології та описати сприйняття смерті різними релігіями.

Матеріали і методи. В роботі проведено теоретичний аналіз проблеми в науковій літературі. Під час вивчення фахових літературних джерел використано методи систематизації та узагальнення з метою поглиблення розуміння поняття філософської танатології та культури смерті.

Результати дослідження. Проблеми філософської та релігійної танатології висвітлено в багатьох роботах вчених-філософів, зокрема: В.В. Варави [1], А.В. Демічева [2], А.І. Мацини [3], М.А. Шенкао [4], Г.В. Шора [5] та ін.

Танатологія (грец.: «thnatos» – смерть, «logos» – слово) – вчення про смерть, її причини, механізми та ознаки. Важливим питанням танатології є визначення поняття смерті та реакції вмираючої людини, оскільки передбачається, що завдяки цьому вдасться вирішити проблему, як реагувати на наближення смерті [6].

Сучасна наука про смерть охоплює багато сфер знання. Танатологія в більшій мірі є поняттям медичним. Однак смерть людини настільки таємнича, що при її дослідженні більший пріоритет скоріше у гуманітарних наук, що займаються проблемами ірраціонального та ірреального характеру, до їх числа відноситься філософія та релігієзнавство.

Проблема смерті постійно вирішувалася в межах філософських студій Сократа, Августина Блаженного, Святителя Луки (В.Войно-Ясенецького), Г. Гегеля, А. Шопенгауера, Ф. Ніцше та ін.

Перш за все, хотілося б зазначити щодо двозначності самого виразу «філософська танатологія». Воно створює певну ілюзію по відношенню до смерті.

Так, у Сократа тематика смерті стала роздумом і практикою. Він був засуджений до смертної кари та вбитий. В його висновках смерть залишилась таємницею, без визначення: це благо чи зло? Філософія Сократа звелась до того, що, смерть – поступове вмирання.

А от Платон стверджував, що смерть є процесом звільнення безсмертної душі людини від павутиння світу й тілесності.

Згідно досліджень В.В. Варави, ніхто не знає, що відбувається в смерті: ні в самий момент, ні в процесі вмирання, ні після. Це незнання смерті. Тут панує завжди апіорна переконаність в тому, що можна і потрібно знати всі ці речі, що відбуваються в смерті та вмиранні [1, с. 37].

Проблемність танатології абогносеологічноїнеможливостіїїпредставлення досліджував А.В. Демічев у своїй роботі «Дискурси смерті». Філософ вказав на апофатичність смерті. Присутність і прихід смерті фіксується лише побічно. З його слів, унікальність смерті – в неможливості її аналізу [2, с. 103].

А.І. Мацина запропонував раціоналістичне і нераціоналістичне трактування феномена смерті. Раціоналістичне мінімізує дослідні можливості і саму проблему «життя-смерті-безсмертя». Підставою нераціоналістичного трактування є релігійно-міфологічний напрям. На основі зазначеного трактування сформована метафізика «подолання» – інтегральної динамічної моделі архаїчного сприйняття феномена смерті [3, с. 132].

Поняття смерті у М.К. Мамардашвілі ґрунтується на фундаментальній відсутності. Останнє потрібно розуміти як стан неусвідомлення себе, наслідком чого є духовна та філософська смерть – суб'єкта в світі відсутності думки про буття. Він вибудував філософію відсутнього свідомості, коли свідомість є у людини, як психофізичний феномен у біологічній істоті, але воно мертве без думки, як мертвий суб'єкт: «Смерть не настає після життя – вона бере участь у самому житті» [7].

Відомий вчений-танатолог Г.В. Шор писав: «Слово Танатологія не так вже чуже нам, так як зустрічається в енциклопедичних словниках, в іноземній літературі та в «Етюдах оптимізму» проф. І.І. Мечникова. Це слово має означати вчення про ознаки, про динаміку та про статику смерті...Танатологія повинна розуміти свої завдання не вузько в сенсі трактату про статику смерті, а більш широко. Найголовнішим завданням танатології повинно бути з'ясування всіх умов, що призвели до смерті організму як індивідуального цілого. Танатологія повинна вміщати вчення про динаміку вмирання, тобто вчення про танатогенез» [5, с. 5].

Смерть в усі часи стала частиною суспільного життя. Вона проявляє себе по-різному в різних народів, тобто, різні народи сприймають її по-різному. Це пов'язано зі звичаями, традиціями та релігією різних народів.

Згідно з уявленнями ацтеків, загробне життя людини безпосередньо

залежить від того, як і де вона померла. Очевидно, саме через зв'язок між формою смерті й подальшого загробного життя найбажанішою для ацтека була смерть на полі бою, або внаслідок жертвопринесення богам.

Смерть в синтоїзмі сприймається як негативне явище, і все, що її викликає, також стає «забрудненням» тіла і душі.

У буддизмі смерть - перехід з одного місця в інше, що супроводжується зміною матеріальної форми в залежності від карми. Згідно Будди, все живе приречено на постійний ланцюжок смертей і перероджень, і тільки той, хто досяг просвітління, зможе вирватися з цього порочного кола.

З точки зору християнства - смерть має спірне тлумачення: вона боляче б'є, змушуючи боятися себе, проте обіцяє звільнення та спокій після покарання.

Для позначення загробного життя в ісламі є спеціальний термін - ахірат («кінець», «останній», «майбутнє життя»). Смерть в ісламі знаменує собою закінчення земних випробувань і труднощів. Час смерті кожної людини визначає Аллах, а його душу забирає Азраїл.

Таким чином, всіма релігіями смерть сприймається здавна як незрозуміла, незбагненна реальність. Про це свідчить трепетне ставлення до неї як до величезного таїнства і цінності, що дарована «з вище».

М.А. Шенкао у своїй роботі «Основи філософської танатології» зробив висновок, що ментальне поняття «смерть» відроджується. Люди хочуть народитися, жити та померти як все – в будь-яких культурних чи релігійних середовищах і традиціях. Навіть якщо люди не вірять в Бога, то, все одно, їм небайдужа форма смерті, ритуали похорону і, особливо, честь їхнього імені. І тому смерть, її форма та пов'язані з нею обряди, – це етап соціалізації (тобто, самоствердження людиною самої себе як сформованої особистості може бути здійснено й через форму прийняття нею смерті), іншими словами, вписування людиною самого себе в аннали історії роду, колективу, етносу, людства [4].

Отже, в результаті теоретичного осмислення проблем семантики та функціонування танатологічних мотивів в філософії можна зробити наступні основні висновки:

- 1) дуалістичність поняття танатології в сучасному осмисленні – це наука та об'єктно-предметна сфера, що досліджується в її межах;
- 2) існують різні підходи до класифікації танатології в залежності від тих чи інших критеріїв; але всі вони зводяться до раціональних і нераціональних трактувань.

Відсутність закінченості та вичерпаності сучасного стану знань у сфері танатології доводять перспективу подальшого її дослідження.

Література:

1. Варава В.В. Философская танатология или просто философия? / В.В. Варава // Гуманитарные ведомости ТГПУ им. Л. Н. Толстого. - № 4 (8), декабрь 2013 г. - С. 35-43.
2. Демичев А. В. Дискурсы смерти. Введение в философскую

- танатологию / А.В. Демичев. - СПб.: Инапресс, 1997. 144 с.
3. Мацына А.И. Классификация концепций метафизики смерти / А.И. Мацына // Учен. зап. ЗабГУ. Сер. «Философия, культурология, социология, социальная работа». 2013. № 4 (51). С. 128–134.
 4. Шенкао М.А. Основы философской танатологии / М.А. Шенкао; Карачаево-Черкес. гос. технол. ин-т. - Черкесск : Изд-во Карачаево-Черкес. гос. технол. ин-та, 2002. - 251 с.
 5. Шор Г.В. О смерти человека : (Введ. в танатологию) / [Г. В. Шор]. - СПб. : Изд-во СПбГМУ, 2002. - 271 с.
 6. Философский энциклопедический словарь. 2010. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_philosophy/3441.
 7. Инюшина И.А. Философская танатология М.К. Мамардашвили: Смерть как онтологическое основание сознания / И.А. Инюшина // Актуальные вопросы общественных наук: социология, политология, философия, история: сб. ст. по матер. XII междунар. науч.-практ. конф. – Новосибирск: СибАК, 2012 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://sibac.info/conf/social/xii/28160>.

Владженко А. І.,
студентка 1НМУ імені О. О. Богомольця,
fateeva1971@ukr.net

Науковий керівник:
к. філос. н. *Романюк О. В.*,
ст. викл. кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ТЕОРІЯ ФІЛОСОФІЇ СЕРЦЯ ТА ЇЇ ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ В МЕДИЦИНІ

Серце – це безмежний простір, ширший та глибший за раціональне осмислення світу. Воно є центром душі людини, джерелом почуттів та дій, простором, що існує поза свідомістю. Серце здатне своєрідно виражати та розуміти духовний стан, який залишається недоступним інтелекту.

За традиційними уявленнями серце символізує у сукупності мікрокосм та макрокосм. У світових релігіях його значення пояснюється по-різному. В іудеїв серце уособлює Храм Божий, у буддизмі – сутність єства. Іслам розкриває його роль як духовного центру. Християни вірять, що серце відображає відданість, тягу до співчуття.

Осмислення серця як безодні людської душі можна знайти не лише у релігійних віруваннях, філософських пошуках, а й у медичних. Античність дарує нам концепції, орієнтовані на протиставлення розуму з уявою та вірою («Знання не є розум» – Сократ). У своїх вченнях Аристотель («Про Душу»),

Платон, Сенека торкаються найважливіших проблем буття та небуття, порушують вічні проблеми істини, досягнення щастя, самоусвідомлення. Образом серця також торкається й медик-філософ Клавдій Гален. Він переконаний в існуванні «пневми» або «дихання життя». На його думку, саме в серці «пневма» змішується із «світовим духом» і перетворюється на «життєвий дух». У Середньовіччі активно висувають свої ідеї Нестор, Феодосій Печерський, Кирило Туровський, Данило Заточник («серце є істинне Я людини») («Слово»), Володимир Мономах (заклик «вірувати всією душею»). В Нові часи починається поглиблене вивчення душевного та духовного, з'являється особливий інтерес до глибини психічного життя, завдяки чому у філософії виникає новий напрям. Кордоцентризм – це увалення про те, що істинну людську сутність можна розгледіти лише через серце, вчення, яке визначає переважання почуттів над інтелектом. До нього зверталися Великі мислителі свого часу: Г. Сковорода, М. Гоголь, П. Юркевич, П. Куліш, Т. Шевченко. Історії також відомі люди, чий життєвий шлях був тісно пов'язаний з серцем, від сфери діяльності до інтересів, від історії до практики, від народження і до смерті. Сучасність представляє нам видатного ученого-медика, кардіохірурга, письменника, академіка Миколу Амосова, який завдяки великій любові, доброті, почуттю відповідальності, майстерності врятував тисячі людей. У своїй монографії «Думки та серце» вчив людину піклуватися про себе. Для нього серце було не лише фізичним органом, воно стало особливою частиною життя, центром думок, фундаментом для творчості.

В основу філософії серця Г. Сковороди покладено ідею двосвітності («Есть тіло земляное и есть тіло духовное, тайное, сокровенное, вечное» [2]). Видима натура – «стара», недосконала людина, яка перероджується у невидиму – «нову», істинну. Цей процес передбачає духовне самовдосконалення. А джерелом виступає серце, яке філософ трактує як шлях досягнення божественної досконалості. Саме тоді відкривається істина, настає особистісне одкровення. Через пізнання себе, людина пізнає Бога, тож любов до Бога – є любов до самого себе [2].

Для Г. Сковороди найкращим прикладом вираження філософії серця є Біблія. На сторінках Святого Писання велика роль відводиться описанню органу як способу ведення розмови з Богом. Одного разу мислителя запитали:

«– Пане Сковорода! Про що вчить Біблія?

– Про людське серце, – відповів він.»

Тексти Священної книги надають серцю значення органу «вищого пізнання».

У праці «Серце і його значення в духовному житті людини за вченням слова Божого» Памфіл Юркевич викладає своє бачення кордоцентризму. На його думку, серце – осередок тілесного життя, духовних переживань. Звичайно, розум керує, планує, контролює, а ось серце – породжує.

Серцю характерні всі різновиди ворожості, радощів, страху, незадоволення, неспокою, відчаю. Благодійне слово Боже діє на нього, як вогонь. Туга робить людину більш розсіяною, лякливою. Станом серця виражається весь душевний стан [3; 5]. П. Юркевич торкається питань самоусвідомлення через кордоцентризм: «Пізнати серцем значить збагнути.

Знати всім своїм серцем – збагнути цілковито».

Якщо істина припадає нам до душі, вона стає нашою надією, нашим благом. Тільки і тільки тоді людина спроможна вступити у боротьбу з усім світом, бо самовідданість та подвиг можливі лише для серця.

Відображення концепції можна знайти і в медичній практиці.

Кожен по-своєму сприймає новини про хворобу. Одні поступово втрачають життєві сили; їм усе здається сірим та нецікавим. Особливо це стосується людей з невиліковними хворобами, які заздалегідь знають, що на них чекає. Вони втрачають сенс життя, чахнуть на очах. Для інших хвороба навпаки стає стимулом. Коли відомо який невеликий відрізок часу залишився, людина розуміє, що не хоче витратити його марно, для неї важливо встигнути жити. [«Лише тоді пізнається цінність часу, коли він утрачений» (Григорій Сковорода)] Дуже доречно згадати, що писав про це Василь Симоненко у поезії «Ти знаєш, що ти людина»:

*Сьогодні усе для тебе -
Озера, гаї, степи.
І жити спішити треба,
Кохати спішити треба -
Гляди ж не просни!*

В цьому вагома роль відводиться філософії серця. Скориставшись порадами Г.С. Сковороди та П. Юркевича можна донести до хворого, як важливо не опускати рук, залишатися сильним. Звернутися до перших витоків філософії, Біблії. Пояснити, що за допомогою серця можна пізнати Бога та самого себе, знайти просвітлення. Змусити подивитися на смерть через призму трактування Сковороди, з іншого боку. Спробувати показати, що залишений час можна провести з користю. Тобто, допомогти іншим знайти себе, зайнятися благодійністю, виконати бажання незнайомої людини тощо. Саме це допоможе хворому відчувати себе потрібним світу, його частиною. Важливо вселити у людину силу духу. Хворий потребує допомоги, підтримки від оточуючих, особливо лікаря. Яким же має бути лікар, щоб гідно називатися просвітителем і наставником? В першу чергу, людина медицини має володіти глибокими знаннями. Великий розум, освіченість допомагає знайти аргументи, пояснити незвідане. Лікар має уособлювати високі моральні якості, бути прикладом прагнення до досконалості. Медик-професіонал – психологічно підготовлений фахівець із своєю індивідуальністю, для якого важливо взаєморозуміння, благополуччя, дотримання принципів. Це людина вищого ступеня благородності. Саме таким повинен стати лікар, аби вміти настановити хворого на правильний шлях.

В результаті дослідження було з'ясовано, що теорія філософії серця може бути використана в медичній галузі, а саме допомогти людині осягнути істину, досягти душевного благополуччя. Вона є ланкою на шляху до просвітлення, в якій лікар стає наставником для хворого, формує його та своє власне світобачення.

Література:

1. Мех Н, Серце як орган вищого пізнання // К. : Вид-во КДУ імені Т. Г. Шевченка. - 2017. — № 1 – с. 66-67.
2. Сидоренко Н.В. Ідея серця у філософії Г.С. Сковороди. Аспекти тлумачення // Мапстеріум. Історико-філософські студії. – 2006. - №23. – с. 49-54.
3. Юркевич П. Серце і його значення в духовному житті людини за вченням слова Божого / [Електронний ресурс] – Режим доступу: https://pidruchniki.com/1501092237760/filosofiya/pamfil_yurkevich_1826-1874
4. Усатенко Т. , Усатенко Г. Концепт «Кордоцентризм» у контексті цінностей особистості // Естетика і етика педагогічної дії. – 2012. - № 4 – с. 28-34.
5. Войтків Л. Серце як осереддя душі і духу у філософії Памфіла Юркевича // Українська філософія: історія і сучасність. – 2009. – с. 125, 127, 133.
6. Козакова О. Філософія серця як альтернативний шлях розвитку національної самосвідомості українців. – 2016. – с. 2-3.

Ващук О. А.,

студентка НМУ імені О. О. Богомольця,
alex.vsk2001@gmail.com

Науковий керівник:

д. філос. н. *Іщук Н. В. доц.,*
доц. кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

РЕЛІГІЯ ТА МЕДИЦИНА В ПІВДЕННІЙ КОРЕЇ ТА ПІВНІЧНІЙ КОРЕЇ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ

Тривалий час Корея розвивалася як одна єдина держава, зі своєю культурою, мовою, релігією та звичаями. Великий вплив на корейську медицину мали релігійні вірування населення країни, зокрема, конфуціанство та буддизм. Періодом розквіту буддизму в Кореї вважають державу Корьо, що з'явилася після падіння держави Сілла в 935 році й існувала до воцаріння династії Чосон в 1392 році. Нова династія була надзвичайно прихильною до буддизму. В цей час було завершено одержавлення буддизму, що знайшло відображення і в управлінні сангхою. Якщо в період Об'єданого королівства Сілла паралельно і незалежно існували територіальна буддистська адміністрація, на чолі з куктхоном - главою санги в країні, якому підпорядковувалися обласні чутхони і повітові кунтхони, і центральна адміністрація, укомплектована цивільними чиновниками (було 2 невеликих центральних установи та 7 управлінь у справах великих монастирів), то тепер буддистські діячі були включені до системи

чиновників, і їм на загальних підставах покладалися службові наділи. Монастирі на правах державних установ отримали землю за реєстром. У цей період буддисти починають активно діяти і на політичній сцені.

У період Корьо під впливом буддизму розвивалася й медицина. Широко розповсюдженою була Аюрведа, вчення про яку були привезені лікарями з Індії. Китайська медицина також набула популярності. Обидві медичні практики вдосконалювалися корейськими лікарями, які винайшли свої власні унікальні методики. Пізніше конфуціанство і його вчення почали переважати над буддизмом.

У період династії Чосон неоконфуціанство або сонніхак поширювало навіть більшою мірою конфуціанські ідеї, такі як: «гуманність» (жень), «ритуал» (лі), «мудрість» (чжи), «справедливість»(ї), «вірність» (сінь).

Найпершою ціллю використання конфуціанства стала популярна тема обґрунтування революції. Це супроводжувалося поширенням нової етичної системи, яка висвітлювала буддизм як хибну систему ідей і повертала до мудреців, а мудреці в масовій свідомості асоціювалися з Китаєм. Почалося поглиблення вивчення коментарів Чжу Сі, ці дії призвели до культурного розквіту. Що ж стосується медицини, то у цей період нового піднесення зазнала і корейська традиційна медицина. Було написано перший статут медсестер, відкривалися школи медицини доступні для усіх писемних громадян Чосону. Посилювалися дипломатичні зв'язки між Китаєм та Чосоном, отже продовжувався обмін знаннями у медичній сфері. Були написані медичні тексти, які згодом стали відомі не лише у межах Чосону, а й у Японії та Китаї

Основою медицини виступила філософія конфуціанства, вчення про Інь та Ян, п'ять елементів у тілі людини, а також вчення про меридіани, циркуляцію рідин та енергії у тілі. Особливо важливими у корейській медицині стали такі роботи Лао-цзи «Дао де цзін», а також «Книга змін». Згідно з вченням про Інь та Ян, які як відомо є протилежностями, надлишок Інь, або ж надлишок Ян призводить до дисбалансу у тілі людини. Як наслідок людина хворіє. Із цим тісно сполучається вчення про метаболізм, яке виникло у Кореї саме у добу Чосон. Згідно із трактатами, пори року пов'язані із перевагою у природі Інь (весна та літо), або перевагою Ян (осінь та зима). Це так званий процес переходу Інь у Ян та навпаки. У період Інь, людині потрібно вживати у їжу продукти Ян. У період Ян відповідно вживаються продукти Інь. Так зберігався баланс у природі та у тілі людини. Вчення про п'ять елементів пояснювало взаємну роботу усіх систем органів. Так як елементи доповнюють одне одного, так і пов'язані усі органи людини. Звідси почалося вчення про дієтологію. Для кожної хвороби потрібно було підібрати набір страв, які будуть допомагати людині боротися з хворобою. Так у Кореї були розроблені раціони для хворих на діабет, для пацієнтів з розладами травлення. Також широко розповсюдженими стало лікування водою. Залежно від того, які скарги у пацієнта, у воду додавали різні трави, ягоди, коріння. Згідно з трактатами корейських лікарів, енергія, так само як і рідина (кров, лімфа), постійно циркулюють у нашому тілі. Енергія повинна плавно перетікати й розповсюджуватися усім організмом. Це одна з причин, чому у традиційній корейській медицині заборонено робити розрізи у тілі людини. Хірургія як така з'явилася набагато пізніше, а перший

кесарів розтин зробила саме жінка-лікар, відповідальна за здоров'я короля. Незважаючи на те, що анатомію людини вивчали не проводячи розтини тіл (адже втручання у внутрішнє середовище було заборонене релігією та, загалом, мораллю), медичні знання корейців у добу Чосон були вкрай змістовними. Для анестезії під час проведення кесаревого розтину, а пізніше під час не складних операцій, використовувалася акупунктура. Ця методика використовувалася і для лікування хронічних захворювань. На високому рівні була й наука про пульс[1].

Варто сказати, що корейська традиційна медицина широко розповсюджена й у наші дні, й практикується на рівні з західною медициною. Навіть більше, корейська медицина відома на весь світ, а корейські традиційні ліки вважаються дієвими та набули популярності у США, Канаді, та деяких країнах СНГ. Не буде перебільшенням зауважити, що корейська медицина відома на увесь світ, і не лише своїми унікальними методиками та практиками традиційної медицини. Зараз Корея відома саме у сфері дерматології, косметології, кардіології, пластичної хірургії, а також інноваційними методами лікування раку.

Після Корейської війни почалася нова епоха для народу корейського півострова, адже Корея, тоді держава Чосон, розділилася на дві країни: демократичну Республіку Корея та на соціалістичну Корейську Народну-Демократичну Республіку. Традиції корейців лишилися спільними, конфуціанство лишалося основою філософії, мова була одна. Проте розвивалися дві держави зовсім по-різному.

Як відомо, Південна Корея наразі є однією з держав, де економічний розвиток випереджає політичний. І взагалі, сама економіка розвивається швидше, ніж у західних країнах. Таким успіхом також може похизуватися й Японська держава, яка співпрацює із Кореєю у багатьох сферах, зокрема - у медичній. Щодо долі конфуціанства, то саме у Кореї, як вважають дослідники, збереглися традиції і філософія пращурів. Нажаль у Китаї не лишилося у глобальному розумінні філософії Конфуція[2]. У Кореї існує чітка суспільна ієрархія: кожен займається своєю справою і будь-яка праця робить внесок у розвиток держави. Конфуціанство у Кореї еволюціонувало у чіткі правила моралі, яких повинні дотримуватися усі громадяни. Особливо поважають старше покоління. У Кореї існує традиція поклоніння найстаршим членам родини, батькам, родичам у свята. Думка батьків і родина у цілому дуже важлива частина життя корейця. Корея — світська держава, в якій релігія відділена від держави й школи. Конституція Кореї гарантує свободу совісті та свободу віросповідання. У країні панує повна релігійна свобода. У відсотках так можна описати релігійну ситуацію у країні: християни — 29,3 %. (протестанти, 17,8 % — католики, 10,9 %), буддисти — 22,9 %. Решта громадян (переважно молодь) вважають себе атеїстами, або ж просто не відносять себе до жодної з релігійних конфесій. І таку ситуацію пояснюють тим, що через велику зайнятість громадяни не мають часу на відвідування церкви чи храму[3]. Саме через високу конкуренцію у робочій сфері, у навчанні, корейці часто вчиняють самогубство. Це стало великою проблемою для керівництва держави. Саме через велику зайнятість у Кореї знижується рівень народжуваності. Натомість

завдяки розвиненій системі охорони здоров'я рівень життя й тривалість життя зросли й зробили корейську націю нацією довгожителів.

Піклуватися про здоров'я вкрай важливо й тому у Кореї прийнято слідувати за станом свого здоров'я й, за потреби, не хехувати допомогою спеціаліста. Тож професія лікаря – у пошані. Лише найкращі студенти мають змогу скласти державний іспит та отримати ліцензію лікаря. Вплив традицій та філософії відчутний і у медичній сфері. Хоча це важко назвати безпосереднім впливом. Філософія та релігія мають місце у вигляді моральних норм. У Кореї заборонена евтаназія. Є можливість переїхати у країну, де це дозволено, але випадків коли хтось погоджувався на евтаназію й летів за кордон, дуже мало. У Кореї прийнято піддавати тіло померлого кремації, а прах ховати у місцях, де поховані інші померлі родичі, або ж розвіювати прах, якщо на те була воля померлого. Тому у країні не має проблем із місцями для поховання. Також заборонений продаж органів. Це, як стверджують корейці, суперечить моральним нормам, отже є не прийнятним у конфуціанстві. Окрім цього, під суворою заборобою штучне переривання вагітності за бажанням батьків. Якщо жінки й зважуються його робити, переважно це не законно. Лише переривання вагітності за медичними показами дозволені й практикуються.

Однією з проблем вважається низький рівень співпраці громадян із психологами. Існує високий рівень депресії серед працівників та студентів. І найбільшою проблемою вважають те, що такі люди не звертаються за допомогою до психологів та психіатрів. Це відбувається через стереотип, що люди із будь-якими психічними відхиленнями є не надійним і їм можуть відмовити у роботі, або ж у посаді.

Що ж стосується Північної Кореї, то вона розвивається зовсім у іншому напрямку. Із самого початку поділу єдиної Кореї, північ країни знаходилася під протекторатом та впливом Радянського Союзу. Держава розвивалася у дусі тоталітаризму та соціалізму. Основою культури та філософії КНДР став Чучхе (північнокорейська ідеологія, проголошена Кім Ір Сеном у 1955 році). Комуністи Північної Кореї не сприйняли марксизм, оскільки він походив від капіталістичних практик Європи, відмовились від комунізму, орієнтованого на російський досвід, а стали слідувати ідеям Чучхе. На відміну від марксизму-ленінізму, який вважав рушійною силою історичного процесу матеріальні сили, у чучхе основною рушійною силою вважають діяльність людей. Це виражено у фразі «народні маси перебувають у центрі всього, а лідер іде у центрі мас». У чучхе вважається, що розвиток історії відбувається відповідно до певних законів, однак, на відміну від марксизму-ленінізму, ці закони задаються лідером. Тому, очевидно, народним масам потрібен Великий Лідер. Ця теорія допомогла Кім Ір Сену зміцнити свої позиції у владі Північної Кореї. Політика Сонгун була вперше згадана 7 квітня 1997 у газетній статті з підзаголовком «Перемогу соціалізму принесуть бомби та зброя нашої армії». Ідея полягала у тому, що перш за все слід спрямовувати ресурси на військові потреби, тому що «революційна філософія має захистити наш тип соціалізму за будь-яких обставин». Автором концепції називають Кім Чен Іра. 5 вересня 1998 початок нової ери Сонгун. КНДР є світською державою, більшість населення - атеїсти. В Конституції КНДР сказано, що «громадянам гарантується свобода совісті»

(глава 5, стаття 68). У КНДР церква відділена від держави. Керівництво країни веде атеїстичну пропаганду і рішучу боротьбу з релігією[5].

Об'єктивне розглядати ситуацію у КНДР дуже складно. Правда про ситуацію у країні прихована за ширмою пропаганди, секретності, тож про істинний хід речей казати дуже складно. Загалом, Північна Корея лишається ізольованою державою. Єдиним джерелом інформації про буденність та справжнє життя народу Північної Кореї є біженці. Переважно, ті, кому вдалося утекти з КНДР, залишаються у Китаї, адже найбезпечніший спосіб перетнути кордон саме з Китаєм, хоча більшість корейців з Китаю переїжджають до Південної Кореї. Згідно з різними джерелами, відповідно до системи «сонбун», все населення КНДР ділиться на три прошарки: «основний», «ті, що коливаються» і «ворожий», про що повідомляє дослідниця Луїза Хантер. Належність до того чи іншого прошарку визначається за соціальним походженням і родом діяльності в період японського панування і Корейської війни і успадковується по чоловічій лінії. За Конституцією, у Північній Кореї поважають права людини. Проте біженці кажуть, що прав насправді немає. Вища освіта доступна лише для незначного прошарку населення. Тож, до медичного університету вступають лише ті громадяни, чия родина має гарну репутацію та є членами партії. Уряд КНДР заявляє, що надає безкоштовне медичне забезпечення всім громадянам, хоча The Week стверджує, що воно надається тільки тим, хто оплачує медичні послуги. В цілому, згідно з Amnesty International, вся система охорони здоров'я в КНДР повністю фінансується урядом, при цьому більша частина медичного обладнання знаходиться в поганому стані, не має надійного забезпечення водою та електрикою. Нестача обладнання та медикаментів означає, що багато операцій проводяться без анестезії. За заявами Amnesty International, уряд КНДР витрачає найменше на охорону здоров'я - 1 долар США на людину[6]. Пацієнти зазвичай оплачують основні лікарські консультації сигаретами, алкоголем і продуктами, а за обстеження і операції, грошима, через це більшість північних корейців не ходять до лікаря. Замість цього вони йдуть в аптеку й купують медичні препарати і анальгетики, хоча це потенційно небезпечно, оскільки в КНДР поширений туберкульоз через проблеми з продовольством. У 1990-х роках в країні лютував масовий голод, який забрав за різними даними від 500 000 до 3 000 000 людських життів. Брак продовольства є причиною багатьох захворювань, викликаних недоїданням. Наприклад, в рапорті ЮНІСЕФ від 2009 року говориться, що КНДР внесена в список 18 країн, в яких сильно поширена проблема затримки росту (помірна і серйозна) у дітей до 5 років. Наразі КНДР також має проблему, пов'язану з епідемією туберкульозу, яким заражені 5% населення країни[4]. До того ж, є свідчення, що у Північній Кореї людей використовують як піддослідних для тестування хімічної зброї, нових ліків. Також відомо, що у КНДР є два типи таборів для ув'язнених. Люди перебувають у жахливих умовах. Повідомляють про застосування тортур, жінок примушують до абортів і дітовбивства, про голод у таборах. До сьогодні у КНДР дозволена смертна кара, а показові страти не благонадійних громадян (іноді родин) практикується у містах[7].

Тож, порівнявши ситуацію у двох державах, варто сказати, що релігія робить вагомий внесок у розвиток філософії та моралі у державі. Країна,

у якій дозволена свобода вибору релігії й та, у якій релігія поважається усіма громадянами (віруючими й ні) розвиває культуру моралі й поваги до особистості. Лише у державі, де поважають права та свободу громадян, медицина досягає високого розвитку.

Література:

1. Історія медицини у Кореї – [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: https://kuksoolwon.fandom.com/wiki/History_of_Traditional_Korean_Medicine
2. Конфуціанство у Кореї– [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: https://ru.m.wikipedia.org/wiki/Корейское_конфуцианство
3. Сучасна релігія у Кореї .– [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <https://www.aljazeera.com/indepth/features/2017/05/young-south-koreans-turning-religion-170524144746222.html>
4. Система охорони здоров'я у КНДР– [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: https://ru.m.wikipedia.org/wiki/Здравоохранение_в_КНДР
5. Релігія у КНДР– [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: https://ru.m.wikipedia.org/wiki/Религия_в_КНДР
6. Права людини у КНДР– [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: https://ru.m.wikipedia.org/wiki/Права_человека_в_КНДР
7. Інтерв'ю біженців з КНДР– [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <https://m.youtube.com/watch?v=DyqUw0WYwoc&list=PLqXeWt98fEwr1UNYovA1nkPGKxnfqJt7Q&index=13&t=0s>

Бохенко А. В., Мосійчук Л.О.,
студенти ВНМУ імені М. І. Пирогова,
sunny.mosiychuk26@i.ua

Науковий керівник:
к. філос. н. *Калач Д. М.*, доц.,
доц. кафедри філософії та суспільних наук
ВНМУ імені М. І. Пирогова

САМОТНІСТЬ ЯК ОДНА З ПРИЧИН САМОГУБСТВА

В наш час дуже гостро постала проблема самогубства. За даними ВООЗ, кожні 40 секунд у світі хтось добровільно прощається з життям. Щорічно жертвами суїциду стає близько 800 тисяч осіб, причому найчастіше це жителі розвинених і багатих країн. Відповідно до рейтингу ВООЗ, Україна належить до країн з високим рівнем самогубств. В 2000 році в Україні на 100 тис. населення припадало 29,6 самогубств. Через

10 років їх кількість знизилася до 18-19, але за останні кілька років знову зросла і перевищила 20 самогубств на 100 тис. осіб. При цьому їх кількість зросла ще і за рахунок колишніх військових. Найбільш поширеними мотивами суїцидальної поведінки серед молоді є: самотність, нерозділене кохання, конфлікти з батьками, відсутність розуміння з однолітками. Самогубство або ж суїцид — умисне спричинення власної смерті, яке може бути вчинене з відчаю, що часто виникає через психічні розлади. Ними можуть слугувати, наприклад, депресія, шизофренія, алкогольна чи наркотична залежності. Ряд вчених вважають, що основними причинами, які сприяють зростанню рівня самогубств, є: послаблення соціальних зв'язків між людьми через появу новітніх сучасних технологій, які хоч і спростили життя людей, але і одночасно зменшили потребу в живому спілкуванні; збільшення кількості різного роду культів і сект, оскільки часто сучасні секти не прагнуть захистити людину від різного роду проблем, а навпаки, на фоні сліпого і повного підкорення штовхають її до самогубства, самовільного відходу від життя («Народний храм Джима Джонса», «Гілка Давідова», «секта Віктора Гутева»); збільшення кількості побутових стресів. Багато з тих, хто наклав на себе руки, бажали не смерті, а «покінчити з усім». Про це часто вказують в передсмертних записках. Можна прослідкувати такі вислови як «Я більше не можу цього витримувати» або «Навіщо жити далі?». Вони є свідченням того, що люди хочуть уникнути жорстоких та безжалісних реалій життя. Проте, за словами одного лікаря, вчинити самогубство — це все одно, що «лікувати застуду ядерною бомбою». Яке ж ставлення Церкви до самогубства? За канонічними традиціями Православної Церкви, що сформувалися ще в епоху Вселенських Соборів (IV-VIII століть), поминати самовбивць у православному храмі не дозволяється. Канонічна заборона на це пов'язана з «богоборчим» характером самогубства як такого. Життя кожної людини є дорогоцінним даром Божим.

Отже, той, хто самовільно позбавляє себе життя, відкидає цей дар через блюзнірство. Особливо це потрібно сказати про християнина, життя якого удвічі є даром Божим і з природи, і з благодаті спокутування. Той християнин, котрий накладає на себе вбивчу рук, удвічі ображає Бога: і як Творця, і як Спасителя. Очевидно і зрозуміло, що таке діяння може бути плодом тільки повної зневіри та відчаю в Божественному Промислі, без волі якого, за словами євангеліє, і волосина не впаде з голови віруючого. А хто чужий вірі в Бога і надії на Нього, той далекий і від Церкви. Вона дивиться на вільного самовбивцю як на духовного нащадка Юди-зрадника, який, відмовившись від Бога і Богом знедолений, «шед давився».

Тому за церковними канонами, самовбивць, а до таких належать також убиті на дуелі, злочинці, вбиті під час розбою, люди, які наполягли на евтаназії, а також підозрюваних у самогубстві (наприклад, потонулих за невідомих обставин) не можна відспівувати в храмі, поминати в церковній молитві під час літургії та на панахидах. Самогубців не ховають на церковних кладовищах.

Тим не менш, як в нашій Православній Церкві, так і в інших Помісних Православних Церквах, визнали можливим, ретельно дослідивши обставини, що призвели кожного конкретного члена Церкви до самогубства, допускати відспівування і церковне поминання тих із них, хто скоїв самогубство в стані засвідченого третіми особами психічного розладу чи душевної хвороби. На цій підставі єпархіальні церковні установи з благословення правлячого єпископа можуть видавати дозволи на відспівування самовбивць, відносно яких точно відомо, що самогубство було вчинене ними не в стані душевного озлоблення чи холодного розрахунку, не в пориві ремства або богоборства, а в стані психічного нездоров'я

Загалом, розрізняють ж 5 категорій мотивів самогубства: протест, помста; самотність і заклик; загроза існуванню; самопокарання; відмова від життя («все втрачено», «це кінець»)

Отже, як ми бачимо, самотність — один з факторів, який призводить до депресії і самогубств.

Самотність — один з найвагоміших факторів, який призводить до депресії і самогубств. Юко Льонквіст, керівник вивчення проблеми самогубства у Фінляндії, вважає: «Чимало з тих, хто вчинив самогубство, почували себе самотніми. У них була сила-силенна часу, але зовсім мало знайомих, з якими вони підтримували б контакти». Як зазначив з цього приводу психіатр Кеншіро Охара з медичного факультету університету в японському місті Хамамацу, хвиля самогубств серед японців середнього віку була зумовлена «ізолюваністю». Незважаючи на грандіозний технічний прогрес, люди, на жаль, стали спілкуватись ще менше. Вони втрачають спільні інтереси та теми для розмов, і в ролі єдиного порадирика знаходять різноманітні медіа-ресурси. Цим пояснюється так званий «ефект Вертера» - масова хвиля послідовних самогубств, які відбуваються після самогубства широко висвітненого телебаченням, іншими ЗМІ чи описаного в популярному творі літератури чи кінематографі. Нездатність повноцінно спілкуватись стала особливо актуальним явищем у молодіжному середовищі, досить високо індивідуалізованому та наче створеному з самотніх осіб. Тимчасовість людських контактів не сприяє виникненню емоційно стійких та довготривалих відносин — якраз останні найбільш бажані і корисні для молоді. Існує ряд психологічних факторів, які сприяють самотності. Це, наприклад, може бути низька самооцінка, яка призводить до уникнення контактів з іншими людьми через страх піддатися критиці, що, у свою чергу, створює замкнуте коло — в результаті відсутності контактів самооцінка ще більше падає. Слабкі навички спілкування також сприяють відокремленості від товариства, посиленню самотності. Та самотність – це ні в якому разі не вирок. Якщо ви помітили, що комусь з ваших близьких, друзів, колег чи просто знайомих потрібна підтримка, знайдіть спосіб допомогти йому. Якщо ж самотнім почуваєтесь Ви, то спробуйте зрозуміти, чому так сталося, поговоріть з рідними, намагайтеся налагодити реальні соціальні контакти, змініть свій спосіб мислення та навчіться почуватись добре самим з собою. Якщо людина

відчуває себе непотрібною та покинутою, скривдженою чи чужою у цьому світі – варто використати несвідому образу із свого серця, навчитися давати щось людям, аби ті хотіли бути поруч. Проблема людини в тому, що вона чекає, поки дадуть їй, не замислюючись над тим, чи може вона бути корисною для інших. Мати Тереза порівняла людину із трояндою: якщо квітка розкривається та приваблює бджіл своїм чарівним ароматом, вона ніколи не буде покинутою чи непотрібною. Варто замислитись: можливо треба відкрити душу та процвітати?

Отже, самотність призводить до душевних страждань, відчаю і як наслідок, часто до самогубства. Проте не можна дозволити самотності заповнити людину. Необхідно підтримувати зв'язок з рідними, розвиватися, відвідувати культурні заходи, не сидіти склавши руки. Та якщо все стає байдужим і нецікавим, звернутися за допомогою.

Література:

1. “Міжнародна асоціація професіоналів похоронної справи” / [Електронний ресурс] – Режим доступу (від 22.05.2019): <http://www.asociacia.com.ua/pages/view/sutcid> (заголовок з екрану)
2. “Вчені назвали наслідки самотності: “серйозні проблеми”” / [Електронний ресурс] – Режим доступу (від 22.05.2019): <https://politeka.net/ua/life/901514-uchenye-nazvali-posledstvija-odinochestva-sereznye-problemy/> (заголовок з екрану)
3. Гаммонд К. “П’ять несподіваних фактів про самотність” / [Електронний ресурс] – Режим доступу (від 22.05.2019): <https://www.bbc.com/ukrainian/vert-fut-45750553> (заголовок з екрану)
4. “Самотність – не вирок: 7 способів її побороти” / [Електронний ресурс] – Режим доступу (від 22.05.2019): <https://life.pravda.com.ua/health/2018/11/3/227908/> (заголовок з екрану)
5. Шімокава К. “Зрозуміти, що таке самогубство: тривожні ознаки та запобіжні заходи” / [Електронний ресурс] – Режим доступу (від 22.05.2019): <https://www.lds.org/study/liahona/2016/10/understanding-suicide-warning-signs-and-prevention?lang=ukr> (заголовок з екрану)
6. “Самогубство” / [Електронний ресурс] – Режим доступу (від 22.05.2019): <https://uk.wikipedia.org/wiki/Самогубство> (заголовок з екрану)
7. “Чи повинні журналісти висвітлювати випадки самогубств?” / [Електронний ресурс] – Режим доступу (від 22.05.2019): https://ms.detector.media/trends/1411978127/chi_povinni_zhurnalisti_visvitlyuvati_vipadki_samogubstv_analiz_psikhologa/ (заголовок з екрану)

Абдраїмова А. М.,
студентка НМУ імені О. О. Богомольця,
heyitzzzalina@gmail.com

Науковий керівник:
к. філос. н. *Вячеславова О. А.* доц.,
доц. кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ЗДОРОВ'Я У КОНТЕКСТІ ПІДХОДІВ ФІЛОСОФІЇ, РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ

Загалом здоров'я людини залежить від способу життя, екологічних умов та генетичних факторів. Слід зазначити, що ставлення людини до самого себе та оточуючого середовища відіграє не останню роль у нормальному самопочутті.

Здоров'я це багатовимірний феномен, що має багато визначень. Зокрема, це стан живого організму, при якому всі органи здатні виконувати усі життєві функції. У преамбулі ВООЗ говориться, що здоров'я – це не тільки відсутність хвороб чи фізичних дефектів, а стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя.

Сучасні науковці запропонували холістичну (цілісну) модель здоров'я, яка складається з трьох складових, а саме: фізичне благополуччя, психологічне благополуччя та соціальне благополуччя. Перша з них, включає в себе добре фізичне самопочуття, бадьорість, здатність витримувати фізичні навантаження. Психологічна складова, на відміну від інших, поділяється на інтелектуальне, емоційне та духовне. Інтелектуальне благополуччя дозволяє вчитися та отримувати задоволення від навчання. Людина здатна аналізувати проблеми та приймати зважені рішення. Емоційне показує здатність зрозуміти власні почуття та почуття інших, долати невдачі та керувати стресами. Духовне благополуччя. Воно дає змогу усвідомити сенс життя та усвідомлення свого призначення. Людина сприймає загальнолюдські цінності, залучається до культурної спадщини людства. І останній, соціальний аспект, який показує соціальний статус людини, її стосунки з оточуючими та здатність спілкуватись та ефективно взаємодіяти з людьми.

Можна сказати, що здоров'я є невід'ємною частиною для нормального існування людини. Це інтегральна складова, яка в усі часи розглядалась з точки зору різних дисциплін.

В медицині в більшій мірі поняття здоров'я характеризується як відсутність хвороб, тобто будь-яких змін, пошкоджень та всього, що призводить до порушень життєдіяльності. Згідно класифікації ВООЗ, то хвороба ніщо інше, як життя, що порушене пошкодженням структури та функцій організму під впливом зовнішніх та внутрішніх факторів.

З одної сторони, людина – біологічна істота, а з іншої, людина є невід'ємною частиною суспільства, яка може виготовляти та використовувати знаряддя праці та змінювати навколишній світ. Людина володіє свідомістю як функцією високоорганізованого мозку та членороздільною мовою.

Лікарі Стародавнього світу вважали людину уособленням природи, миру, космосу. Людина – це мікрокосмос в макрокосмосі, вона складається з тих же елементів: води, кисню, вогню. З цього слідує, що здоров'я є рівновагою цих компонентів, а хвороба – порушенням цієї рівноваги. По мірі розвитку медицини у лікарів та вчених з'являлись переконання та докази значення та впливу соціальних факторів на життя та здоров'я людини.

Якщо розглядати здоров'я в контексті медицини, то слід згадати про вченого І.І. Брехмана, який у кінці ХХ століття акцентував увагу на проблемах здоров'я і ввів нове для тогочасної науки поняття валеологія (від лат. valeo здоровий, бути здоровим).

Валеологія – міжнауковий напрямок, який вміщає в собі уявлення о генетичних і функціональних резервах систем організму та організму в цілому, які забезпечують стійкість психофізіологічного і соціокультурного розвитку і збереження здоров'я людини в умовах впливу на неї зовнішніх і внутрішніх факторів. Валеологія як навчальна дисципліна являє собою сукупність знань про здоров'я та здоровий спосіб життя людини. Предметом вивчення є індивідуальне здоров'я і резерви здоров'я людини, а також здоровий спосіб життя. Це є основною відмінністю валеології від профілактичних медичних дисциплін, більшість з яких розробляє загальні для окремого контингенту рекомендації. Об'єктом валеології є практично здорова людина, а також ті, хто знаходяться у третьому стані. Це також відрізняє валеологію від інших дисциплін, оскільки ця група людей не є об'єктом жодної науки. Методом валеології є якісна та кількісна оцінка здоров'я та його резервів, а також дослідження шляхів його збільшення. Кількісна оцінка індивідуального здоров'я є виключно специфічною для валеології та успішно розвиває та доповнює якісний аналіз, що лежить в основі медицини. Також вона дає змогу оцінити рівень індивідуального здоров'я. Ціль валеології – максимальна реалізація спадкових особливостей та резервів життєдіяльності та підтримка їх на високому рівні можливостей адаптації людини до умов внутрішнього та зовнішнього середовища. В теоретичному плані ціллю валеології є вивчення закономірностей формування здоров'я та розробка шляхів моделювання та досягання здорового образу життя. А у практичному плані ціль валеології – розробка мір та шляхів збереження, укріплення та формування здоров'я.

Завдання валеології:

- Дослідження закономірностей формування здоров'я людини
- Вивчення та кількісна оцінка стану здоров'я та резервів здоров'я людини
- Формування установ на здоровий спосіб життя
- Збереження та укріплення здоров'я та резервів здоров'я людини

шляхом залучення людини до здорового способу життя

З точки зору філософії, здоров'я розглядається як глибока філософська проблема. На відміну від медицини, яка розглядає тільки хворобу, філософія розглядає саме здоров'я. Філософія намагається визначити сутність здоров'я, сутність благополуччя, виявом і якого є фізичного, психічного та соціального здоров'я.

Термін філософія здоров'я включає цілий комплекс філософських проблем здоров'я і піднімає питання про здоров'я та відношення до нього. В

філософії здоров'я ставиться питання про те, як перейти від гносеологічного вивчення проблеми до практичного та онтологічного розуміння здоров'я. Філософія здоров'я розглядає сутність людини як потенціал, який має реалізуватися по мірі існування людини. Життя людини, яка проходить без реалізації потенціалу перетворюється на існування. Існування поза своєї сутності призводить до духовне страждання, а на фізичному рівні це проявляється у вигляді патології. Таким чином, збереження здоров'я – підтримка здоров'я, досягнути якої можна різноманітними техніками та узгодження існування із сутністю людини.

Здоров'я являється достатньо важким предметом для наукового аналізу. Адже воно поєднує в собі суб'єктивні та об'єктивні сторони життєдіяльності людини. Об'єктивні характеристики здоров'я завжди виражені у суб'єктивній, або навіть у віртуальній формі. Відчуття благополуччя є умовою творчого початку людини. Здоров'я слід розглядати як мистецтво, яке включає в себе відчуття віртуальності та правдивої реальності, пов'язаної із розкриттям внутрішніх резервів людини. Суб'єктивні стани здоров'я, тим більше визначення якості життя важко піддаються раціоналізації у термінах психології та фізіології.

Філософія намагається вияснити сутність феномену здоров'я, розглядаючи цей феномен у системі людина – світ. Однак це не тільки наука, вид знань, який відповідає критеріям науковості. Філософія, як любов до мудрості, є чимось більшим, ніж наука, а саме мистецтво, мистецтво жити.

Першою систематизацією уявлень про здоровий спосіб життя можна вважати стародавні пам'ятки – Веди, яких викладені основні принципи поведінки, що є передумовою здорового способу життя. Ведичні знання про здоров'я, як науку життя, ґрунтуються на філософії Сан'ї та Йоги. Практичне застосування філософії сан'ї та йоги допомагає душі звільнитися від матеріальних страждань (мокша). За ведичним вченням, здоров'я – це не лише відсутність фізичних хвороб, а й щастя розуму та душі. Особистість вважається здоровою, коли всі складові організму людини збалансовано взаємодіють.

Згідно Вед, один із принципів здорового способу життя – досягнення стійкої рівноваги психіки. Головна умова такого стану – абсолютна внутрішня воля, незалежність людини від фізичних і психологічних факторів впливу навколишнього середовища. Іншим важливим шляхом, що забезпечує встановлення внутрішньої рівноваги, вважається шлях серця, тобто любові до усього живого в цьому світі як до вираження вищої сутності буття.

Термін «здоров'я» не означає лише відсутність хвороби. Здоровою вважається лише людина, яка досягла самоусвідомлення і самореалізації, тобто внутрішньої гармонії.

У Ведах містяться рекомендації, через які види діяльності можна досягти єдності духовного, психологічного та фізичного стану:

- духовна – виконання прописаних релігією обов'язків: поклоніння Богам, молитви, відвідування храмових служб і т.д.;
- психологічна – відвертання розуму від шкідливих об'єктів;
- тілесна – дотримання певної дієти; прийом лікарських засобів; виконання фізичних вправ йоги тощо.

Східна філософія завжди акцентує взаємозв'язок, взаємовплив

психічного і тілесного начал. Китайські мислителі вважали, що дисгармонія організму виникає як наслідок психічного розладу. Філософи виокремлювали п'ять хворобливих настроїв, котрі порушують і паралізують енергію всього людського організму: гнів, «затямареність» переживаннями, заклопотаність і зневіра, сум і смуток, страх і тривога.

Отже, східна філософія заснована на розумінні людини як психофізіологічної цілісності, що нерозривно пов'язана з навколишнім середовищем, природою, космосом та зорієнтована на здоровий спосіб життя.

Видатний античний філософ і лікар – Гіппократ у трактаті «Про здоровий спосіб життя» зосереджує увагу в основному на фізичному здоров'ї людини. Він тлумачить даний феномен як гармонію, до котрої варто наближатися шляхом проведення низки профілактичних заходів.

Саме в античний період з'являються перші концепції здорового способу життя: «пізнай самого себе», «піклуйся про самого себе».

У той час, коли у східній філософії здоров'я розглядається через призму нерозривного зв'язку між духовним і фізичним станом людини, в античній філософії домінує увага до фізичного виміру здорового способу життя..

Філософія створює особливу багатовимірну «оптику» розгляду життя і здоров'я, хвороби і здоров'я. вона формує правильний, тобто здоровий спосіб мислення, а саме розсудливість. Спонукає до морального і благочестивого способу життя людини.

Таким чином, виходячи з концепції філософії як мистецтва життя, здоров'я передбачає високу духовність, та витончену техніку для свого підтримання.

Не можна забувати і про вагомий вплив релігії на світосприйняття людини, адже воно є передумовою, яка впливатиме на психологічне, соціальне та навіть фізичне здоров'я людини.

Завдяки релігії людини ніколи не відчуватиме себе самотньою, адже вона дає особистості відчуття впевненості, що він належить до цілісної структури, він є частиною цієї структури і займає в ній певне, безсумнівне місце. Він може страждати від голоду або пригнічення, але йому не доводиться страждати від найгіршого – від повної самотності. адже у кожного хоч раз або неодноразово в житті спіткають невдачі і дуже важливо, щоб у такі моменти мати поруч когось, хто допоможе подолати ці труднощі пліч-о-пліч, бо розділене з кимось горе, це половина горя, і цією підтримкою у релігії є вища сила, яка на відміну від земних, тлінних речей є вічною.

Віруюча людина знає своє призначення незалежно від обставин та проблем, які спіткають на шляху. Вона завжди відчуває себе важливою, адже живе з метою виконати певну місію заради якої була створена чи народжена.

Більше того, така людина не боїться смерті, адже смерть є фінішем не лише життя, але і завершенням місії цієї людини на Землі, тому більшість релігій сприймають смерть, як належне, не відчуваючи перед нею страху.

Щодо впливу релігії на фізичне здоров'я людини, то тут ключову роль відіграє самонавіювання. В історії релігії є безліч прикладів, як люди зцілювались відправившись до відомого джерела, яке на думку людей є «цілющим» і як би абсурдно це не пролунало для скептиків, але це самонавіювання неодноразово давало неможливі для науки та банального

здорового глузду результати, які поки що неможливо пояснити.

Релігія та віра головним чином впливають на психічне та соціальне здоров'я, оскільки вони дають відчуття впевненості та безпеки, яке відображається у вигляді підтримки для людей, що спіткали труднощі. Іншими словами, це як один із способів зняти стрес та зберегти спокій. Також помітний широкий спектр позитивного впливу релігії у вирішуванні особистісних та соціальних проблем, що є дуже важливо для людини як істоти соціальної. Можна виділити реабілітаційну функцію релігії – допомагає у відновленні психіки після перенесення стресового впливу.

Усіх представників різних конфесій об'єднує те, що сама релігія допомагає у різних аспектах: задовольняти потребу у безпеці, знизити тривогу, позбутись страхів, у тому числі і страху смерті. Не менш важливим є вплив віросповідання на суб'єктивне благополуччя.

Література:

1. Фромм Э. Бегство от свободы; пер. с англ.. – М.: AST Publishers, 2017. - 310 с.
2. Wommack A. The true nature of God / A. Wommack . - TX: USA, 2012. – 152 p.
3. Щеглов А. Философские аспекты феномена здоровья / [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/filosofskie-aspekty-ponyatiya-zdorovie>
4. Шиняева Г.А. Феномен здоровья в истории философской мысли / [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.dissercat.com/content/zdorove-cheloveka-filos-metodol-analiz>
5. “Здоровье” / [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.grandars.ru/college/medicina/zdorove.html>

Shomin Ahmed,

student of O. O. Bogomolets National Medical University,
ahmedshomin@gmail.com

Scientific advisor:

Vermenko A. Yu., Ph. D. in philosophy, assoc. prof.
of the Department of Philosophy, Bioethics and History of Medicine
of the O. O. Bogomolets National Medical University

ETHICAL ASPECTS OF HEALTHCARE: CLASSICAL AND MODERN APPROACH

The philosophy of healthcare is the study of the ethics, processes, and people which constitute the maintenance of health for human beings. (Although veterinary concerns are worthy to note, the body of thought regarding their methodologies and practices is not addressed in this article.) For the most part, how-

ever, the philosophy of healthcare is best approached as an indelible component of human social structures. That is, the societal institution of healthcare can be seen as a necessary phenomenon of human civilization whereby an individual continually seeks to improve, mend, and alter the overall nature and quality of their life. This perennial concern is especially prominent in modern political liberalism, wherein health has been understood as the foundational good necessary for public life.

The philosophy of healthcare is primarily concerned with the following elemental questions:

Who requires and/or deserves healthcare? Is healthcare a fundamental right of all people? What should be the basis for calculating the cost of treatments, hospital stays, drugs, etc.? How can healthcare best be administered to the greatest number of people? What are the necessary parameters for clinical trials and quality assurance? Who, if anybody, can decide when a patient is in need of “comfort measures” (allowing a natural death by providing medications to treat symptoms related to the patient’s illness)?

However, the most important question of all is ‘what is health?’. Unless this question is addressed any debate about healthcare will be vague and unbounded. For example, what exactly is a health care intervention? What differentiates healthcare from engineering or teaching, for example? Is health care about ‘creating autonomy’ or acting in people’s best interests? Or is it always both? A ‘philosophy’ of anything requires baseline philosophical questions, as asked, for example, by philosopher David Seedhouse.

Ultimately, the purpose, objective and meaning of healthcare philosophy is to consolidate the abundance of information regarding the ever-changing fields of biotechnology, medicine, and nursing. And seeing that healthcare typically ranks as one of the largest spending areas of governmental budgets, it becomes important to gain a greater understanding of healthcare as not only a social institution, but also as a political one. In addition, healthcare philosophy attempts to highlight the primary movers of healthcare systems; be it nurses, doctors, allied health professionals, hospital administrators, health insurance companies (HMOs and PPOs), the government (Medicare and Medicaid), and lastly, the patients themselves.

Religion, medicine, and healthcare have been related in one way or another in all population groups since the beginning of recorded history. Only in recent times have these systems of healing been separated, and this separation has occurred largely in highly developed nations; in many developing countries, there is little or no such separation. The history of religion, medicine, and healthcare in developed countries of the West, though, is a fascinating one. The first hospitals in the West for the care of the sick in the general population were built by religious organizations and staffed by religious orders. Throughout the Middle Ages and up through the French Revolution, physicians were often clergy. For hundreds of years, in fact, religious institutions were responsible for licensing physicians to practice medicine.

The medicine word is derived from the Latin word ‘arsmedicina’, meaning ‘the art of healing’. Egyptian had advanced medicine systems at their time. Egyptians and Babylonians introduced the method of diagnosis and medical ex-

amination. Greece added further advancement in medical surgery system. Thus the history of medicine is a bigger subject. However I want to clear one thing that real advancement in medical science started from the midst of 20th century. In this period of time computerized instruments dragged the medical diagnosis at the peak level for simplified case study of diseases. The energy thrown in research of medical science is proving that human effort has adopted medicine subject as one of the most important subject for ensuring our health free from diseases.

Research is always driven by business opportunities. So we can say that many business groups somehow noticed and found the depth and width of marketability and expending capacities of human beings for securing their health. Thus ultimately the large market in health sector opened the opportunities for business. Thus it became a winning business model for customers as well as sellers.

Medicine has opened reliable methods of curing and protecting human lives. It showed the various ways of diagnosing the diseases of human beings. X-ray technology in the midst of twentieth century provided new technique of diagnosis. It ignited the human mind to do more research to find other sophisticated technology for adding value in medical science. Due to consistent effort of doctors and scientists now we have latest medical equipment like ECG machine, EEG, City Scan machine, High quality medicine packaging machines, computerized blood testing machine, digital diabetic testing machine, digital blood pressure testing machine and many more.

The ethical and/or moral premises of healthcare are complex and intricate. To consolidate such a large segment of moral philosophy, it becomes important to focus on what separates healthcare ethics from other forms of morality. And on the whole, it can be said that healthcare itself is a "special" institution within society [1]. With that said, healthcare ought to "be treated differently from other social goods" in a society [2]. It is an institution of which we are all a part whether we like it or not. At some point in every person's life, a decision has to be made regarding one's healthcare. Can they afford it? Do they deserve it? Do they need it? Where should they go to get it? Do they even want it? And it is this last question which poses the biggest dilemma facing a person. After weighing all of the costs and benefits of her healthcare situation, the person has to decide if the costs of healthcare outweigh the benefits. More than basic economic issues are at stake in this conundrum. In fact, a person must decide whether or not their life is ending or if it is worth salvaging. Of course, in instances where the patient is unable to decide due to medical complications, like a coma, then the decision must come from elsewhere. And defining that "elsewhere" has proven to be a very difficult endeavor in healthcare (human health) philosophy.

References

1. Ellison, C. G., & Levin, J. S. (1998). «The religion-health connection: Evidence, theory, and future directions». *Health Education & Behavior*. 25 (6): PP. 700–720.
2. Edmund D. Pellegrino, «The Philosophy of Medicine Reborn». Notre Dame: University of Notre Dame Press, 2008, p. 258.

Mansi Singh,
student of O. O. Bogomolets National Medical University,
singhmansi57@gmail.com

Scientific advisor:
Vermenko A. Yu., Ph. D. in philosophy, assoc. prof.
of the Department of Philosophy, Bioethics and History of Medicine
of the O. O. Bogomolets National Medical University

RELIGION AND MEDICINE: SPIRITUAL AND EXISTENTIAL DIMENSIONS

Abbreviations: AA (Alcoholics Anonymous), CBT (cognitive-behavioral therapy), CHD (coronary heart disease), CI (confidence interval), HIV (human immunodeficiency virus), HRQOL (health-related quality of life), OR (odds ratio), TSF (12-step facilitation)

When people consult physicians to determine the cause and treatment of an illness, they may also seek answers to existential questions that medical science cannot answer (eg, "Why is this illness happening to me?") [1, pp.806-813]. Many patients rely on a religious or spiritual framework and call on religious or spiritual care providers to help answer these questions. Indeed, throughout history, religion and spirituality and the practice of medicine have been intertwined. As a result, many religions embrace caring for the sick as a primary mission, and many of the world's leading medical institutions have religious and spiritual roots.

USE OF RELIGIOUS AND SPIRITUAL VARIABLES IN MEDICAL RESEARCH Religious and spiritual variables are not widely used in medical research. For example, a review [2, pp.329-334] of 2348 studies published in 4 major psychiatry journals between 1978 and 1982 revealed that only 59 (2.5%) used a religious or spiritual variable. A later review [3,pp.187-190] of the same journals for 1991 to 1995 revealed that only 1.2% of studies used such a variable. Similar reviews have shown that only 3.5% of family practice studies [4, pp.509-513] 1.1% of internal medicine studies [5, pp. 602-606] 11.8% of adolescent health studies [6,pp.36-44] 10% of nursing mental health studies [7, pp.263-276] and 3.6% of gerontology studies [8,pp.109-117] used religious or spiritual variables. Neglect of religious and spiritual variables in medical research may be due, in part, to the reliance on the biomedical model in which physical evidence is paramount. While the biomedical model is excellent for describing certain disease mechanisms (eg, viral illnesses), it is reductionistic and has difficulty accounting for psychological, sociological, and spiritual factors that influence most [9, pp.535-544].

Of the studies that have considered the effects of religious or spiritual factors on health, most have used measures of religious involvement (eg, frequency of attendance at religious services and scales of religiosity), not measures of spirituality. The main reason for this practice is the greater consensus on how to define and measure religious involvement as opposed to spirituality.

METHODS We reviewed published studies, meta-analyses, systematic reviews, and subject reviews that examined the association between religious involvement and spirituality and physical health, mental health, health-related quality of life (HRQOL), and other outcomes. Studies selected used validated measures of religious involvement (eg, attendance at religious services) and spirituality (eg, scales of spiritual well-being) and statistical testing for significance. In addition, we reviewed articles that provided suggestions on how clinicians might ethically assess and support the spiritual needs of patients. Relevant articles were identified by conducting a MEDLINE search (1970–2000) and by using the following search terms: religion, religiosity, and spirituality each alone and each with epidemiology, mortality, cardiovascular disease, cancer, depression, anxiety, substance abuse, suicide, coping, and quality of life. The reference lists of identified articles were also reviewed for additional relevant studies, articles, textbooks, annotated bibliographies, and other sources.

RELIGIOUS INVOLVEMENT, SPIRITUALITY AND PHYSICAL HEALTH majority of the nearly 350 studies of physical health and 850 studies of mental health that have used religious and spiritual variables have found that religious involvement and spirituality are associated with better health outcomes [10, pp.284].

MORTALITY During the past 3 decades, at least 18 prospective studies have shown that religiously involved persons live longer. The populations examined in these studies include not only entire communities but also specific groups. The religious and spiritual variables used in these studies include membership in a religious congregation, attendance at religious services, living within a religious community, and self-reported religiosity [11, pp.381-391]. One study of hospitalized veterans, however, found no relationship between religious involvement, religious coping, and mortality [12, pp.15-29].

CARDIOVASCULAR DISEASE Studies have found that religious involvement is associated with less cardiovascular disease. A case-control study [13, pp.33-41] found that secular Jewish persons had significantly higher odds of first myocardial infarction compared with Orthodox Jewish patients (OR, 4.2 [95% CI, 2.6–6.6] for men, 7.3 [95% CI, 2.3–23.0] for women) adjusted for age, ethnicity, education, smoking, physical activity, and body mass index. A 23-year prospective study [14, pp.100-121] of 10,059 male Israeli civil servants and municipal employees found that Orthodox Jewish men had a 20% decreased risk of fatal coronary heart disease (CHD) compared with nonreligious men adjusted for age, blood pressure, lipids, smoking, diabetes, body mass index, and baseline CHD. A prospective study [15, pp.5-15] of 232 people (age, =55 years) undergoing elective heart surgery found that lack of participation in social groups and lack of strength or comfort from religion were the most consistent predictors of death adjusted for age, previous cardiac surgery, and preoperative functional status. Finally, of 16 studies examined in a recent review [16, pp.3] 12 found that religious involvement was associated with less cardiovascular disease or cardiovascular mortality.

HYPERTENSION Studies have found that religious involvement is associated with lower blood pressure and less hypertension. A recent study [17,

pp.189-213] examined the relationship between religious activities and blood pressure in a sample of 3963 community-dwelling adults (age, ≥ 65 years) using data from 3 time periods. Adjusted for age, ethnicity, sex, education, functional status, body mass index, and previous blood pressure, frequent (\geq once a week) attenders of religious services had consistently lower systolic and diastolic blood pressures compared with infrequent attenders. Furthermore, frequent attenders who engaged in private religious activities (eg, prayer) were 40% less likely to have diastolic hypertension (>90 mm Hg) compared with infrequent attenders or those who did not engage in private religious activities (OR, 0.60 [95% CI, 0.48–0.75]). Religiously involved persons were also more likely to be compliant with their medicines. However, this difference did not account for the observed differences in blood pressures.

Ethical issues are raised when one includes patient spirituality in clinical practice. Nonmaleficence (“do no harm”) requires that physicians not proselytize. In addition, the results of the studies we reviewed do not justify a physician’s prescription for patients to engage in religious activities. The ethical physician would not make such recommendations just as she or he would not recommend that patients marry or have children even though these activities are associated with health benefits. Finally, religious and spiritual practices should not replace effective allopathic treatments.

On the other hand, the beneficent physician acknowledges and supports a patient’s spirituality. Some authors, however, claim that the religious and spiritual concerns of patients are private and that physicians should not inquire about them. However, a similar case could be made regarding inquiries about patient sexuality, substance abuse, and other sensitive matters. These matters, formerly shunned by physicians, are now discussed openly because of their potential effect on health. The physician’s duty is not to judge a patient’s private attitudes and behaviors but to understand their clinical importance. Hence, physicians should inquire about and support a patient’s spiritual beliefs and needs, especially during severe and terminal illnesses, when they are most likely to affect clinical decisions. Indeed, lack of appropriate spiritual care may constitute a form of negligence.

Some authors suggest that physicians ignore patient spirituality because they may not have the knowledge or skills to engage religiously diverse patients in meaningful discussions about their spiritual needs without offending them. Autonomy, however, requires that physicians respect the decisions of competent patients, which are often based on religious and spiritual beliefs. Furthermore, unrelated to medical decisions, patients often spontaneously raise spiritual issues and concerns with their physicians. Hence, it is difficult for physicians to ignore or avoid patient spirituality.

TAKING A SPIRITUAL HISTORY Discerning the spiritual needs of patients can be done by taking a spiritual history. Similar to the social history, the spiritual history informs the physician of the importance of spiritual matters in the life of the patient and how the patient’s spirituality can be used as a source of strength and coping. For terminally ill patients, the spiritual history is regarded as a crucial component of palliative medicine.

Several formats for taking a spiritual history have been suggested. Additional questions might be: "What helps you get through tough times?"; "To whom do you turn when you need support?"; "What meaning does this illness have for you?"; and "What are your hopes (expectations, fears) for the future?" To our knowledge, there have been no prospective studies of the utility of these questionnaires.

A spiritual history is not necessary for every clinical encounter (eg, patients with mild illnesses such as viral pharyngitis). Some patients, regardless of the severity of their illness, may not welcome in-depth discussion of spiritual matters. However, as noted previously, surveys suggest most patients would welcome such inquiries. Furthermore, some patients, especially those with life-threatening or terminal illnesses, may be preoccupied with existential and spiritual concerns such as questioning of faith, lack of meaning and purpose, and mystical and near-death experiences. The spiritual history helps discern these concerns. Finally, the spiritual history may help determine if a patient is open to faith-based interventions (eg, working with a parish nurse).

CONCLUSIONS Most patients have a spiritual life and regard their spiritual health and physical health as equally important. Furthermore, people may have greater spiritual needs during illness. Surveys suggest, however, that these needs are not met.

A large and growing number of studies have shown a direct relationship between religious involvement and spirituality and positive health outcomes, including mortality, physical illnesses, mental illness, HRQOL, and coping with illness (including terminal illness). Studies also suggest that addressing the spiritual needs of patients may facilitate recovery from illness.

Although the relationship between religious involvement and spirituality and health outcomes seems valid, it is difficult to establish causality. While religiously involved persons embrace health-promoting behaviors, eschew risky behaviors, and have strong support networks, these factors do not account for all the benefits of religious involvement and spirituality. Rather, these benefits are likely conveyed through complex psychosocial-behavioral and biological processes that are incompletely understood.

Discerning, acknowledging, and supporting the spiritual needs of patients can be done in a straightforward, ethical, and non controversial manner and may relieve suffering and facilitate recovery from illness. The spiritual history helps the physician discern the spiritual needs of patients. Furthermore, such inquiry is a form of spiritual care in that it allows patients to voice their spiritual and existential concerns. In addition, many other sources of spiritual care, especially chaplains, are available to clinicians to address the spiritual needs of patients.

References:

1. Barnard, D, Dayringer, R, and Cassel, CK. Toward a person-centered medicine: religious studies in the medical curriculum. *Acad Med.* 1995; pp.70: 806-813
2. Larson, DB, Pattison, EM, Blazer, DG, Omran, AR, and Kaplan, BH.

- Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1978–1982. *Am J Psychiatry*. 1997 pp.143: 329-334
3. Weaver, AJ, Samford, JA, Larson, DB, Lucas, LA, Koenig, HG, and Patrick, V. A systematic review of research on religion in four major psychiatric journals: 1991–1995. *J Nerv Ment Dis*. 1998; pp. 186: 187-190
 4. Craigie, FC Jr, Liu, IY, Larson, DB, and Lyons, JS. A systematic analysis of religious variables in the *Journal of Family Practice*, 1976-1986. *J Fam Pract*. 1988; pp.27: 509-513
 5. Orr, RD and Isaac, G. Religious variables are infrequently reported in clinical research. *Fam Med*. 1992;pp.224: 602-606
 6. Weaver, AJ, Samford, JA, Morgan, VJ, Lichten, AI, Larson, DB, and Garbarino, J. Research on religious variables in five major adolescent research journals: 1992 to 1996. *J Nerv Ment Dis*. 2000; pp.188: 36-44
 7. Weaver, AJ, Flannelly, LT, Flannelly, KJ, Koenig, HG, and Larson, DB. An analysis of research on religious and spiritual variables in three major mental health nursing journals, 1991–1995. *Issues Ment Health Nurs*. 1998; pp.19: 263-276
 8. Sherrill, KA, Larson, DB, and Greenwold, M. Is religion taboo in gerontology? systematic review of research on religion in three major gerontology journals. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1993, pp.1: 109-117
 9. Engel, GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980; pp.137: 535-544
 10. Koenig, HG. Religion, spirituality, and medicine: application to clinical practice. *JAMA*. 2000; pp.284: 1708
 11. Clark, KM, Friedman, HS, and Martin, LR. A longitudinal study of religiosity and mortality risk. *J Health Psychol*. 1999; pp.4: 381-391
 12. Koenig, HG, Larson, DB, Hays, JC et al. Religion and the survival of 1010 hospitalized veterans. *J Religion Health*. 1998; pp.37: 15-29
 13. Friedlander, Y, Kark, JD, and Stein, Y. Religious orthodoxy and myocardial infarction in Jerusalem—a case control study. *Int J Cardiol*. 1986; pp.10: 33-41
 14. Goldbourt, U, Yaari, S, and Medalie, JH. Factors predictive of long-term coronary heart disease mortality among 10,059 male Israeli civil servants and municipal employees: a 23-year mortality follow-up in the Israeli Ischemic Heart Disease Study. *Cardiology*. 1993; pp.82: 100-121
 15. Oxman, TE, Freeman, DH Jr, and Manheimer, ED. Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. *Psychosom Med*. 1995;pp. 57: 5-15
 16. Koenig, HG, McCullough, ME, and Larson, DB. *Handbook of Religion and Health*, Oxford University Press, New York, NY, ; 2001
 17. Koenig, HG, George, LK, Hays, JC, Larson, DB, Cohen, HJ, and Blazer, DG. The relationship between religious activities and blood pressure in older adults. *Int J Psychiatry Med*. 1998; 28: pp. 189-213

Adith Babu,
student of O. O. Bogomolets National Medical University,
mkadithbabu@gmail.com

Scientific advisor:
Vermenko A. Yu., Ph. D. in philosophy, assoc. prof.
of the Department of Philosophy, Bioethics and History of Medicine
of the O. O. Bogomolets National Medical University

QUESTIONS OF RELIGIOUS AND MEDICINE IN LIFE AND WORK OF ST. LUKE (V.F VOINO-YASENETSKYI)

St. Luke (V.F Voino_Yasenetsky) (1877–1961), Archbishop of Simferopol and Crimea, was a great saint of modern time. A surgeon and medical scholar by profession, he became a bishop during fierce persecutions against the Church, knowing that his path would lead to prison and exile. His numerous works are preserved for us and inspire us in the spiritual life. The life of this great saint has a lot to teach us about the life in Christ. Also, it is of great importance that through his life's vivid martyrdom, a resonant answer is given to two controversial views. First, his two positions – renown doctor and bishop – rejects the premise that science is in conflict with religion. Second, the unjust, cruel torture he suffered and the shameless disdain for this great scientist, his discoveries, his studies and progressive practices – to a point that he had been considered a “second category citizen” – unveil the atrocity of atheistic totalitarian regimes. St. Luke's life ought to be studied not only from a religious and medical point of view – as is already the case – but also socially, politically and historically. If anybody finds themselves on Mount Athos or anywhere with other ancient churches, they will notice that many of the churches are painted red. And if one were to ask the monks, they would reply that this red color symbolizes Christ's blood, as well as that of His Saints'. It reminds people, that even though various religions or ideologies were spread through propaganda, violence and oppression, Christ's Church won over people's hearts through meekness, Christ's and His Saints' blood, torture and martyrdom. There is no Orthodox Church that did not pass through martyrdom. Neither has there been a saint who did not go through his personal furnace of sorrows, temptations and martyrdom. During the twentieth century, the Russian church went through cruel martyrdom. For seven decades a countless multitude of martyrs and confessors went through their own personal “crucifixion,” offering their own lives. One of such martyrs was Archbishop Luke, professor of Topographic Anatomy and Surgery. This man with rare talents and gifts, who served people as a pastor and as a doctor, with admirable love and self-denial, continued the traditions of the great Holy Unmercenary Doctors of our Church. This incredible figure and his divine greatness is the cause of astonishment, admiration, and divine consolation.

In year 1898, he began his studies at the Medical School of the University of Kiev, famous for its excellent educational level. Right from the start his interest turned towards anatomy. He finished his studies with honors and a specialization in surgery. He immediately began operating, especially on ophthalmologic illnesses.

At that time, trachoma was widespread, a terrible disease of the eyes and many people became blind. The young doctor implemented a difficult method, Cheiloplastics, and granted sight to thousands of people. Before he had the time to work in rural areas, the Russian-Japanese War broke out and Valentine volunteered to serve with the Red Cross. Together with other doctors they took the train to the Far East. The trip lasted a month. They settled in the city of Chita and he, despite the fact that he was young, took up managing one of the surgical departments of the military hospital. He operated on the injured soldiers and performed operations from the simplest to the most difficult with incredible ease. In Chita, he met Anna Vasilevna, a volunteer nurse, exemplary for her morals. They got married and had four children. From 1905 to 1910 he worked in various provincial hospitals. The needs were great. He needed to be a surgeon and a gynecologist, a pathologist and a pediatrician, a hygienist and a dentist. At that time he came across the problem of general anesthesia. It had just started to be applied, but because there were no anesthesiologists and the right means were missing, general anesthesia was more dangerous than the operation itself. That's why he attempted to find new ways of local anesthesia. Indeed soon enough, at 29 years old, he discovered a new method of local anesthesia in the sciatic nerve. He later presented this report as his dissertation and was approved with honors. Very often he would go up to Moscow to prepare his dissertation.

In 1910, he moved to the city of Pereslavl Zalesky. He found himself in a pretty and scenic city, but working conditions were bad. The hospital was composed of 50 beds, but its operational equipment was primitive. There was neither electricity, nor an X-ray machine. Water was brought in daily by the water-seller in a barrel. Every morning, a carriage would take him to the hospital. He took advantage of this time as well. During the journey, he read about methods in foreign languages and managed to learn seven languages. He performed surgical operations for long hours, while at nights he shut himself in his office, and under the dim light of a petrol lamp he continued his scientific studies. In Pereslavl Zalesky, he performed 650 – 1000 operations a year while on his own. He was one of the first doctors in Russia who dared to perform difficult surgeries on the kidneys, stomach, gallbladder, even the heart or the brain with great success. Towards the end of his stay in Pereslavl Zalesky, he thought of giving attention to the surgery of purulent infections, for the which very few things were taught in university. And then something strange happened. He describes: "I put together the draft of the book, I wrote the prologue, and then suddenly, the following strange thought came to my mind. When this book is completed, the name of a bishop will be on it." 1917 was a very difficult year, not only for himself, but also for Russia. The country was in turmoil. The Tsarist system fell. Multiple temporary governments followed, political destabilization and the October Revolution. At that time, St. Luke's wife contracted tuberculosis. So, they were forced to leave Pereslavl Zalesky and move to Tashkent. They settled into a spacious house and St. Luke was immediately assigned as the director of the surgical department of the state hospital which he diligently organized. Nevertheless, the political situation worsened. Right after the October Revolution, civil war broke out, lasting for four years and disrupting the vast country. Millions of people died; many say 20 million and, of course, many more were injured. There were however,

other unfortunate victims: children, deprived of their parents, trying to survive by eating garbage. St. Luke went to the hospital day and night risking his life. The few hours that he had back at home, he had to take care of his sick wife and see his children, cook, clean and wash. In 1918, he became the leader for the Foundation of the University of Tashkent and was voted professor of topographic anatomy and surgery. The political situation was uncontrollable. Civil war rampaged everywhere. The Tsar's family was held under confinement, in Yekaterinburg. In July 1918, the royal family was executed without a trial. This murder heightened passions and savagery. People were in despair. For the slightest thing, you could be arrested. A small lie was enough. Something similar happened to St. Luke. Because he told off a problematic and drunkard worker of the hospital, the man slandered him to the authorities. One morning, while he was entering the operating room, they arrested him and lead him to Tashkent's railway station. They had then arrested 2000 soldier rebels. They brought them to trial briefly, condemned them to death and executed them on the spot. St. Luke queued and waited for his execution. The hours seemed endless. Late at night, after 16 hours of waiting, a partisan recognized him. He learned how he had been "framed" and intervened. They set him free. And here his heart's grandeur and his self-denial are evident. Instead of returning home, he went back to the hospital. Like nothing had happened, he entered the operating room at midnight and begun to operate. However, this dreadful event aggravated his wife Anna's already deteriorating health. A few days later she died in the saint's arms. She was only 38 years old and St. Luke was 43. They buried her in Tashkent's cemetery. He wrote on her grave: "Anna Vasilevna, 38 years old. A pure heart, which passionately sought truth." St. Luke had been left a widow with four small children. Right at this very difficult moment God provided the solution. A very faithful nurse, who had been left a widow, took up raising his children and became their second mother." At this point we should say a few words on his medical and surgical skills. Today, in Russia, he is considered the top surgeon of the twentieth century. As the academic professor Kasirsky writes, "...his name and skills had become a legend. He could perform the most difficult operations without any problems." He himself would say, "A surgeon must have the eyes of an eagle, the heart of a lion and the hands of woman," (that is, have a fine sense of touch). Once, he took a stack of twenty sheets of thin paper and a lancet. He told his children to tell him how many sheets to cut through in only one movement. His children told him seven, and in one go he cut through seven sheets, astonishing everyone. Apart from his scientific training, he was distinguished for his deep faith in God. Inside the operating room he would ask God for help. On the wall he had hung an icon of Christ and the Virgin Mary and in front placed an oil lamp. He would light it, pray for a few minutes and after that he would make a cross on the patient's body, using the gauzes and iodine, where the operation was to take place. Only then would he proceed with the surgery. Even though St. Luke was always close to the church, during that period he took part more actively in Tashkent's church life. This gave the faithful particular joy. One day, in the cathedral church, there was place a clergy-laity tribunal, with the aim of prosecuting the Archbishop of Tashkent, Innocent. Valentine, then a doctor, was also called to the hearing, and he vigorously defended the archbishop. Archbishop Innocent was acquitted and particularly moved by the doctor's stance.

When the session was over, the archbishop waited for the doctor at the door. They walked around the church two or three times, while the archbishop thanked him for his defense. Suddenly the archbishop stopped, looked the doctor in the eyes and said, "Doctor, you must become a priest." The saint, with no hesitation replied, "Your Eminence, if it is God's will that I should be a priest, then I will." Indeed, in January 1921, he was ordained a deacon and then a priest. This occasion of the ordination of a famous university professor, was to be like a bolt of lightning for Tashkent. The saint took up daily duties and preached God's word on every occasion. He also confronted the mockery of his colleagues and students who thought that he was now "finished with science." However, he contradicted them

He was buried in the All Saints cemetery, and from then on, his grave became the Pool of Siloam. His miracles are countless. And so, in 1996 the Russian Church went on to place him in the official list of saints. In March of 1996, the Archbishop of Crimea Lazarus and his priests recovered his relics. During the recovery, a sweet aroma spread across the area. In his relics, his heart, his brain, his eyes and lungs were found incorrupt. On the March 20, 1996 his relics, together with the participation of thousands of people were taken to the Church of the Holy Trinity in Simferopol. In 2001, they were placed inside a beautiful silver reliquary, donated by Greece. In 1997, in front of the hospital of Simferopol, his statue was placed by Archbishop Lazarus, while in 2005 his bust was placed at the Medical School, where the church of St. Luke is being built. He is commemorated on the June 11. Every year thousands of people come to the celebration from all parts of Ukraine, Russia and abroad. In the morning on the feast's eve, the Medical School with the dean leading them, sing the Akathist Hymn to the Saint and place their medical shirts in front of the reliquary to bless them. On the day of the Saint's commemoration they perform the Divine Liturgy and a procession of his holy relic. His miracles are countless, not only in Crimea, but in Greece as well. His appearances and interventions are many. He has appeared to many people in their sleep wearing his hierarchical vestments and medical uniform. He holds surgical tools in his hands, gauzes, syringes, etc. And after he presents himself to the patients, he tells them that he has come to operate on them. Many find an incision or blood on their bodies when they wake up in the morning.

This was St Luke – a man of love, offering, sacrifice, self-denial. That is why he received so much grace from God and continues to live, to perform miracles, to be so close and console us.

May his life inspire us and may we have his blessing.

References:

1. «I loved martyrdom...»St. Luke the Doctor and Archbishop of Crimea (1877-1961) / [online] – available at: <http://orthochristian.com/79907.html>
2. "An explanation of the Prayer of St. Ephraim the Syrian: the Whole text" / [online] – available at: <http://orthochristian.com/111414.html>
3. "A Christian Apologetics Ministry Dedicated to Demonstrating the Historical Reliability of the Bible through Archaeological and Biblical Research" / [online] – available at: <http://www.biblearchaeology.org/post/2014/01/23/Luke-The-Physician-with-Medicine-for-the-Souls.aspx>

Alan Stephen John,
student of O. O. Bogomolets National Medical University,
alanstephen111@gmail.com

Scientific advisor:
Vermenko A. Yu., Ph. D. in philosophy, assoc. prof.
of the Department of Philosophy, Bioethics and History of Medicine
of the O. O. Bogomolets National Medical University

ETHICAL ISSUES OF MODERN MEDICINE: RELIGIOUS EVALUATION

Bioethics has undeniably become one of the key disciplines of contemporary ethics. This results especially from the complexity and enormous stakes of the biotechnologies. Bioethics is a field of study concerned with the moral, legal, political, and social issues raised by medicine, biomedical research, and life sciences technologies, as genetic engineering, stem cell research, assisted reproduction methods, organ transplants, and care of the terminally ill. Bioethics traffics in matters moral. As such, bioethics frequently bumps up against religion, offering an ideal arena to examine how the sacred and the secular encounter each other in modern medicine.

The myriad technologies that populate the clinic – all of which are capable of altering the natural processes of birth, illness, and death – create questions about their proper application, questions that cannot be answered by the secular and rational logic that built these technologies. Where do we go for guidance about how to use the technologies of medicine? That depends, in large part, on who the “we” is. If the “we” includes those who agree on a set of moral principles and on the source of those principles, the answer is relatively simple. There may well be disagreement on how to apply those agreed-upon principles, but at a minimum the decision about where to begin has been made. But if the “we” encompasses a collection of folks whose moralities begin in different places and generate a variety of moral principles, agreeing on the right thing to do will be no easy task. Sorting right from wrong in this situation forces us to notice the relationship between cosmology and morality, to ponder the nature of the moral authority provided if there is one that we are willing to submit.

The arguments set forth by religious authority are important since they play a crucial role in shaping the social values of the public and influence the decision of individuals in practice pertaining to bioethical issues. Bioethical views of the Orthodox Judaism, Roman Catholic and Islamic traditions are examined and contrasted on bioethical deliberations related to the beginning and end-of-life, all three religious traditions justify sacredness of life and that of God’s will in its preservation.

EUTHANASIA: According to the Orthodox Judaic traditions The 6th of the Ten Commandments is “thou shall not kill”. Additionally, in the Genesis chapter of Torah, the sanctity of human life and that God created man in his own image is emphasized). Life and consciousness are gifts of God, and as a Lord of life. God alone should determine when and how humans die. Further, it is not rightful to kill a person with any disability, incurable disease, or a person in a persistent vegetative

state [1,pp.6-7]. This is because life does not belong to man, it is owner by God who bestowed it upon humankind and no one else. According to RCC, any killing of an innocent person directly and intentionally to be a great sin and an immoral act [2,pp.31-35]. According to the Quran's teachings men are created to worship God who is the owner of life and they cannot rid a life given by God. Moreover, any person who ends their life through euthanasia commits a sin, and others who approve such acts including medical who may not administer the requisite treatment to assist in survival are also sinning and morally responsible for the outcome [3,pp.35]

FAMILY PLANNING: When God created man and woman, His first command in the Old Testament was "Be fruitful and multiply. Fill the Earth and subdue it." Reproduction is not regarded as an arbitrary process; it is also considered an obligation for the family. In this context, birth control is opposed. Limiting the number of children by reducing births is considered to be against the "reproduction" commandment, and wasting one's reproduction possibilities is considered to be one of the major sins. [4,pp.219-22]. The RCC finds out of wedlock sexual relations to be morally wrong; natural birth control methods are to be used only by married couples for the purpose of adjusting the size of the family and frequency of births. The use of medical contraception methods is forbidden. Islamic Traditions view it in a positive light in order to mitigate the risks caused by unintended pregnancies for the health of the mother, as well as the future care of the child within the family unit. The FP methods such as coitus interrupts, the use of condoms, contraceptive pills, and other hormonal methods are approached positively.[2,pp.31-35]. Permanent methods such as tubal ligation and vasectomy are not deemed suitable unless medically indicated - making changes on procreation through permanent methods as being paramount to denial of abilities and blessings given by Allah and violates the person's fundamental rights.

ORGAN TRANSPLANTATION: Judaism also approaches the subject of organ transplantation positively. However, some Orthodox denomination supports organ transplantation performed among only Jewish persons. Judaism overall allows organ transplantation from cadaver in case that the following conditions are met: (i) recipient in need of an organ; (ii) recipient's life is in danger; (iii) consent expressed by the donor while healthy. All different Christian denominations hold positive views on organ transplantation from both living persons and cadavers. They do not approve donations from anencephalic children whose parents consent or donations following active euthanasia [5,pp.10]. RCC stated that organ trade is against the human dignity and is a morally unacceptable act, and no discriminatory criteria are approved in organ transplantation.[6,pp.462]. According to Islamic traditions the conditions for approval of transplantation practices include: i) medical necessity; ii) certainty of donor's death; iii) absence of any fiduciary transaction between donor and recipient; iv) donor family consent; and v) recipient patient consent exception of uterine transplants.

WITHDRAWING LIFE SUPPORT. In Judaism all life is infinitely precious and holy and every moment of life should be protected. From this point of view, precisely defining and determining the moment of death is a delicate subject. According to Orthodox Judaism, brain death criteria: (i) knowledge of the cause of illness; (ii) absolute absence of spontaneous respiration; (iii) clinical display of brain stem destruction; (iv) support for clinical diagnosis of death with absence of brain stem reflexes; and (v) absence of respiration and brain stem activity for a period of

at least 12 hours despite the treatment [7,pp.381-3]. The RCC allows discontinuation of life support for terminally ill patients where the expected benefit is very low [8,pp.423-30]. It is forbidden in Islam for a person to end life even though there is no medical hope to survive, and furthermore, there is accompanying severe pain. A person connected to life support may be disconnected provided that it is officially decided with certainty by a quorum of physicians that the brain has lost all its functions and it will be impossible to recover. ABORTION: Classical sources of Jewish law about abortion implies that: (1) The only indication considered for abortion is a hazard to the mother's life. (2) Otherwise, the destruction of an unborn child is a grave offence, although not murder. (3) It can be viewed that the fetus is granted some recognition of human life, but it does not equal that of the mother's and can be sacrificed if her life is in danger[9,pp.945-8]. According to RCC, any killing of an innocent person directly and intentionally to be a great sin but abortion can be vital if there is danger to the life of the pregnant woman or the presence of severe anomalies on the fetus that would not allow viable adaptation to life[10,pp.218] According to the Islamic belief life to start at conception, i.e., the moment of fertilization. The fetus' right to live is given by the creator, and not from the parents who do not to have the right to terminate life. The Quran specifies termination of a pregnancy, without any reasonable medical rationale, as equivalent to homicide and consider it forbidden[11,pp.226-234]

Therefore bio ethicists should have an understanding of how religious models of morality, illness, and healing influence deliberations within the health care field. The purpose of comparing the views of Abrahamic religions to bioethical issues is not to evaluate the accuracy, validity, or superiority of them, or to try to bring these approaches to a common point. On the contrary, all three beliefs are accepted in the same category, evaluating approaches to basic bioethics issues, the arguments they are based on, and the decision-making methods related to them, and revealing their similarities and differences. As every belief has different historical, cultural, and sociological backgrounds, they have different approaches and arguments regarding bioethical issues.

References:

1. Akbas M. Biyoetik Bir Sorun Olarak Uçtanazi: Tarihi, Zecitleri ve Felsefesi (in English: Euthanasia as a Bioethical Problem: History, Variety and Philosophy) Felsefe Dnyasa 2010;1(51)pp. 6–7.
2. Cahill LS. Abortion. Religious Traditions. In: Post SG, editor. Encyclopedia of Bioethics. 3. Vol. 3. USA: Galle Cengage Learning; 2004. pp. 31–35.
3. Pacaci I. Klonlama ve Kık Nьcre Zalюmalarәnәn Әslәm Dini Aзәsәndan Deperlendirilmesi. (in English: In Point of Islam, Evaluation of Studies Stem Cell and Cloning) Uьyl. 2007;7(1);pp. 35–60.
4. Goldsand G, Zahava RS, et al. Bioethics for clinicians: 22. Jewish bioethics. CMAJ. 2001;164(2): pp. 219–222
5. Steinberg A. [accessed: October 2, 2016];Jewish Aspects Concerning Live and Cadaver Organ: pp. 10
6. Lauritzen P, Nathaniel S. Cloning. In: Post SG, editor. Encyclopedia of

- Bioethics. 3. Vol. 1. USA: Galle Cengage Learning; 2004. pp. 462–466
7. Rappaport H. Z, Rappaport IT. Principles and concepts of brain death and organ donation: the Jewish perspective. *Child's Nerv Syst.* 1998;14:pp. 381–383.
 8. Bülow H. H, et al. The World's Major Religions' Points of View on end-of-life Decisions in the Intensive Care Unit. *Intensive Care Med.* 2008;34(3):pp. 423–430.
 9. Schenker JG. Human reproduction: Jewish perspectives. *Gynecol Endocrinol.* 2013;29(11): pp. 945–948.
 10. Amundsen DW. The Discourses of Roman Catholic Medical Ethics. In: Baker BR, Mc Cullough AJ, editors. *The Cambridge World History of Medical Ethics.* Cambridge: Cambridge University Press; 2009. pp. 218–254.
 11. Guvercin CH. The Viewpoints of the Presidency of Religious Affairs of Republic of Turkey on Various Bioethical Problems. In: Arda B, Rispler V, editors. *Islam and Bioethics.* Ankara: Ankara University Press; 2012. pp. 226–234.

Бідений А. І.,
студент НМУ імені О.О.Богомольця,
bai2611@ukr.net

Науковий керівник:
д. філос. н. *Шевченко С. Л.,*
проф. кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О.О.Богомольця

ПИТАННЯ ТРАНСГЕНДЕРНОСТІ ТА ГЕНДЕРНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ В СУЧАСНОМУ МЕДИЧНОМУ ТА РЕЛІГІЙНОМУ ДИСКУРСІ

Питання трансгендерності та доцільності трансгендерного переходу є досить актуальним у сучасному світі. Це пов'язано з розвитком ліберальних ідей, активністю ЛГБТ-руху, руйнуванням соціальних стереотипів та послабленням впливу церкви на суспільство у Західній Європі та дещо меншою мірою у всьому світі. Проте більше уваги зазвичай приділяється соціальним аспектам цієї проблеми, а медичним та, особливо, релігійним – значно менше. Це можна пояснити незначною компетентністю широких суспільних кіл у даних сферах.

У даній роботі за мету поставлено висвітлення та аналіз загальних теоретичних відомостей про явище трансгендерності, історичного та сучасного ставлення до цього явища медицини, різних поглядів медиків на доцільність хірургічної корекції статі та ставлення до трансгендерності світових релігій.

Цим питанням займалася низка вітчизняних та зарубіжних соціологів, лікарів-сексологів, психологів, психіатрів, письменників, релігійних мислителів та діячів. У даній розвідці спробуємо питання трансгендерності та гендерної

ідентичності в сучасному медичному та релігійному дискурсі розглянути в контексті сучасної психіатрії, соціології та громадянської думки.

Трансгендерність – це невідповідність особистої гендерної ідентичності людини до зареєстрованої при народженні статі. Трансгендерні люди можуть ідентифікувати себе зі статтю, протилежною до зареєстрованої, або мати ідентичність, яка виходить за межі бінарної гендерної системи, тобто вважати себе ні чоловіком, ні жінкою. До трансгендерних людей належать транссексуали (стійко ідентифікують себе зі статтю, протилежною біологічній, і прагнуть привести свою біологічну і паспортну стать у відповідність зі своїм статевим самовідчуттям), трансвестити (грають роль протилежної статі), гендерквіри (відмовляються від бінарного розуміння гендерної ідентичності), андрогіни (люди з однаково вираженими як чоловічими, так і жіночими якостями та ознаками), інтерсексуали (володіють статевими ознаками обох статей), бігендери – (люди, гендерна самоідентифікація яких регулярно змінюється під впливом зовнішніх факторів), аґендери (заперечують свою приналежність до будь-якого гендеру).

Впродовж світової історії медицина сприймала трансгендерність, як психічне захворювання. ЛГБТ-рух, який виник у другій половині XIX століття на тлі розвитку лівих ідеологій, феміністського руху і нової науки сексології поставив собі за мету змінити суспільне та медичне уявлення не тільки про явище нетрадиційної сексуальної орієнтації, а й про явище трансгендерності. У 1930 у Берліні була проведена перша в історії хірургічна корекція статі. Операція була проведена під керівництвом німецького лікаря-сексолога Маґнуса Хіршфельда над датським художником Ейнаром Маґнусом Андреасом Вегенером, який після операції став відомим, як Лілі Ільзе Ельвенес. 18 червня 2018 року Всесвітня організація охорони здоров'я випустила нову версію міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11). У ній вперше трансгендерність відсутня, тобто винесена з категорії психічних розладів [9]. Проте такий крок з боку міжнародної спільноти не вирішує медичних, соціальних та біоетичних проблем, пов'язаних із явищем трансгендерності.

Найбільш обговорюваною проблемою є доцільність проведення хірургічної кореляції статі над транссексуалами. Дана операція може бути виконана у двох варіантах: FtM (Female to Male) і MtF (Male to Female), та покликана усунути дисонанс між фізичною та психічною статтю пацієнта. У доцільності такої операції багато прихильників серед медиків, проте існують і противники. Серед них відомий американський психіатр зі штату Массачусетс Кіт Еблос. Лікар часто висловлюється проти практики зміни статі. Він заявляє: «Дуже важливо продовжувати висловлювання з приводу цієї проблеми, особливо в США, де тисячі людей готуються до важкої довготривалої операції, що кардинально змінить їхнє життя, яка їм можливо і не потрібна» [6]. Еблос вважає, що «якщо виявиться, що до людей, які вважають себе замкненими у тілі не тієї статі, можна знайти інший підхід, окрім скальпеля, всі члени психіатричної галузі медицини понесуть відповідальність за халатність у пошуку відповіді на питання, звідки йдуть такі тенденції» [6]. Також противники хірургічної кореляції статі критикують біологічні гіпотези трансгендерності, називаючи недоведеною теорію нейробіологічної кореляції, яка стверджує, що в основі трансгендерності лежить “гермафродитизм мозку”.

Трансгендерність в Україні. У квітні - вересні 2009 році Інститут соціальної та політичної психології проводив дослідження, засноване на інтерв'ю з трансгендерними людьми, які проводилися в 10 областях України. Дане опитування є першим емпіричним дослідженням, присвяченим проблемі трансгендерності в Україні. Всього було опитано 36 осіб у віці 18-51 років, серед них переходять з жіночого в чоловічий ґендер (FtM) 24 людини, 12 – з чоловічого в жіночий (MtF); 2 – трансвестити. В основному це жителі столиці та обласних центрів (Київ, Кіровоград, Донецьк, Луганськ, Миколаїв, Одеса, Хмельницький, Харків, Херсон); лише троє опитаних проживають в невеликих містах. Зробили хірургічну корекцію статі і поміняли документи – 5 людей; тільки змінили документи – 2 людини. 27 людей планують корекцію статі у близькому майбутньому [1]. Отже, явище трансгендерності в Україні не надто поширене, але все-таки існує.

Ставлення до трансгендерності світових релігій. Буддизм. Буддизм забороняє зміну статі, проте буддисти не ставляться до трансгендерності так категорично, як переважна більшість мусульман та християн. Цікавий факт: у п'ятому столітті буддистський мислитель Васубандгу, якого називали "Другим Буддою", у своїй праці «Вчення про карму» наводить такий діалог:

– Але якщо стать батька чи матері зміниться, чи зможуть вони, як і раніше, належати до однієї сім'ї?

– При зміні статі – також.

Здавалося б, у цьому діалозі зміна статі виглядає звичайним явищем, але зазвичай буддисти стверджують, що Васубандгу в цьому уривку пише про реінкарнацію, а не про хірургічну корекцію статі [5].

Іслам. Іслам ставиться негативно до явища трансгендерності. У Шаріаті зміна статі належить до тахромів, тобто заборон, оскільки такі дії вважають уподібненням чоловіка до жінки чи навпаки. Ісламський проповідник Абдуллах ібн Аббас писав: «Пророк (мир йому і благословення) прокляв тих чоловіків, які уподібнюють себе жінкам, і жінок, які уподібнюють себе чоловікам» [2, с. 1087].

Проте шиїти ставляться до зміни статі менш радикально, ніж суніти. Зокрема, шиїтський Іран – одна з небагатьох країн, де гомосексуальна поведінка карається смертю. Однак релігійні лідери допускають можливість того, що людина випадково могла потрапити в тіло «неправильної» статі. Тому гомосексуалам нав'язують операції зі зміни статі. Щоб уникнути цього, іранці із нетрадиційною сексуальною орієнтацією часто тікають з країни [8].

Християнство. У Біблії написано, що Бог створив людей тільки двох статей: чоловічої та жіночої: «І створив Бог Людину за образом Своїм, за образом Божим створив її; чоловіка і жінку створив їх» (Буття 1:27). Також у Біблії сказано: «На жінці не повинно бути чоловічого одягу, і чоловік не повинен вдягатися в жіноче вбрання, бо мерзенний перед Господом Богом твоїм усякий, що робить це» (Второзаконня 22:5). Ця цитата перегукується з повчанням Абдуллаха ібн Аббаса та свідчить про несумісність християнства та трансвестизму. Проте у Новому Заповіті межі між чоловічим та жіночим ґендерами певною мірою стираються: «Немає вже ні іудея, ні язичника; немає ні раба, ні вільного; немає ні чоловічої статі, ні жіночої; бо всі ви – єдине у Христі Ісусі» (Послання до Галатів 3:28). В загальному, Біблія прямо не засуджує зміну статі, але у ній про-

слідкується негативне ставлення до явища трансгендерності. Тому, коли у ХХ столітті в медицині з'явилася хірургічна корекція статі, практично всі християнські церкви до цього поставилися, як до гріха [7]. Зокрема, 5 жовтня 2017 року Священний Кінот Святої Гори Афон від імені всіх 20 монастирів півострова офіційно звернувся до депутатів парламенту і членів уряду Греції із закликом не допустити прийняття законопроекту про «гендерну ідентичність і вільну зміну статі», винесеного на розгляд грецьким парламентом [3].

Етичні аспекти. Трансфобія – збірне визначення для різноманітних форм негативної реакції на прояви трансгендерності та транссексуальності, а також соціальні явища, що з нею пов'язані. Із негативним характером стигматизації погоджуються і лікарі-сексологи та психіатри, і релігійні діячі. Проте не всі погоджуються із доцільністю дозволу на будь-яку пропаганду трансгендерного переходу чи можливістю всиновлювати дітей трансгендерами [4].

Отже, можна підсумувати, що хоча світова медична спільнота вже не вважає трансгендерність патологічним станом, все одно дане питання ще потребує медичних досліджень та має розглядатися в межах морально-етичних засад релігійності та гуманності, щоб не нівелювалася традиційна межа між девіантністю та нормальністю.

Література:

1. Иванченко С.Н. Трансгендерность, гендерная идентичность и гендерные стереотипы // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2009. N 6(8) / [Электронный ресурс]. – Режим доступа (от 25.04.2019): <http://psystudy.ru/index.php/num/2009n6-8/259-ivanchenko8.html>
2. Имам Мухаммад бин Исмаил Абу Абдуллах аль-Джуфи аль-Бухари. Сборник хадисов «Сахих» аль-Бухари [перевод с арабского Владимир (Абдулла) Михайлович Нирша] // The Comprehensive Muslim e-Library/ [Электронный ресурс]. – Режим доступа (от 25.04.2019): <https://www.muslim-library.com/dl/books/ru4264.pdf>
3. Кинот Афона протестует против проекта о “смене пола” // Православный информационный интернет-портал “Православие.ру” / [Электронный ресурс]. – Режим доступа (от 25.04.2019): <http://www.pravoslavie.ru/106977.html>
4. Медицинское обслуживание трансгендерных людей Украины: выявляем проблемные точки. Отчет по результатам социологического исследования / [Дан Федосеев, Фриц фон Кляйн, Усманова Марина, Гоманюк Николай, Даниленко Игорь]. – Киев, 2018.
5. Отношение к смене пола в буддизме // Буддийский форум / [Электронный ресурс]. – Режим доступа (от 25.04.2019): <https://board.buddhist.ru/showthread.php?t=24778>.
6. Трангендерность – не болезнь // Интернет-проект “Kok.team | ЛГБТ Казахстана” / [Электронный ресурс]. – Режим доступа (от 25.04.2019): <https://www.kok.team/ru/2018-07-17/transgendermost-ne-bolezni>
7. Трансгендерность: Христианский взгляд [Автор-составитель

Анастасія Іванова]. – СПб.: ЛГБТ-служение Nuntiare et Recreare, 2016. – 108 с.

8. Хамедан А. Иранских гомосексуалов толкают к смене пола // BBC News Україна / [Електронний ресурс]. – Режим доступа (от 25.04.2019): https://www.bbc.com/ukrainian/ukraine_in_russian/2014/11/141106_ru_s_iran_homosexuals
9. Psychiatrist Keith Ablow. I'll keep speaking out against transgenderism despite death threats // News website "LifeSite" / [Електронний ресурс]. – Режим доступа (від 25.04.2019): <https://www.lifesitenews.com/news/psychiatrist-keith-ablow-ill-keep-speaking-out-against-transgenderism-despi>

Бовсуновська Ю. Р.,
студентка НМУ імені О.О.Богомольця,
bovschop@gmail.com

Науковий керівник:
д. філос. н. *Шевченко С. Л.,*
проф. кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О.О.Богомольця

ПОСТАТЬ СВТ. ЛУКИ ЯК ПОЄДНАННЯ ОБРАЗІВ ЗНАМЕНИТОГО ХІРУРГА І ВЕЛИКОГО ПАСТИРЯ ЦЕРКВИ

Кожна людина в певний момент свого життя постає перед вибором, від якого буде залежати, чи виконає вона своє призначення на землі. І такий період далеко не один. Людське життя наповнене різними переломними моментами, коли прийняти єдине правильне рішення зовсім не просто. Постать свт. Луки – це приклад незламної духом людини, яка із вдячністю Богу витримала життєві випробування, на всьому своєму земному шляху несла користь ближнім, лікуючи їх як від тілесних, так і душевних недугів, і цим самим виконуючи Заповіді Божі.

На прикладі життя свт. Луки спробуємо в даній розвідці показати взаємозв'язок медицини та релігії, висвітливши для сучасного суспільства важливість поєднання служінь Богу і людям.

Святитель Лука (до постригу В. Ф. Войно-Ясенецький, 1877-1961) – лікар-хірург, професор, відома особистість в науковому колі і водночас видатний церковний діяч.

Валентин Феліксович починав як земський лікар, але сподвижницьку діяльність розпочав вже на початку життя. Він став майстерним хірургом, але бачачи тілесні страждання людей і тілесні виразки, не міг не бачити «виразок» душевних. У світі наростала епідемія зла й насилля, яка була більшою загрозою, аніж епідемія холери, з якою безстрашно боровся молодий хірург. Це й спонукало його стати на шлях пастиря церкви. Так, у 1921 році, в розпал гонінь на Православну Церкву, лікар вирішує прийняти священний сан. Ця новина була шокуючою для колег, товаришів, знайомих Валентина Феліксовича, оскільки майбутнє церковнослужителя у ті часи обіцяло лише тяжкий хрест мучеництва. Але випробування не лякали професора,

він твердо слідував поставленій меті, і був рукопокладений у священика, а через два роки прийняв чернечий постриг і був хіротонізований у єпископа Ташкентського і Туркестанського. Випробування не заставили себе чекати, і вже у 1923 році, свт. Лука був арештований і відправлений у заслання до Сибіру. Заслання то переривалося, то знову продовжувалося, але святитель в будь-якій ситуації не залишав свого служіння. Розвиток як теоретичної, так і практичної медицини, допомога хворим, стражденим людям, створення наукових праць забирали всі сили Валентина Феліксовича, але він не відійшов від релігії, а навпаки в першу чергу намагався знайти духовні причини страждань людей, які зверталися до нього [1; 2].

У 1933 році, після другого заслання. свт. Лука повернувся до Ташкенту і продовжив займатися лікарською практикою. В результаті з'явилася книга «Нариси гнійної хірургії», де він детально виклав власну методику лікування гнійних ран, яка допомогла врятувати тисячі життів під час Другої світової війни і дала початок цілому напрямку в медицині. 1936 року за цю працю, яка й нині використовується в оперативній хірургії та топографічній анатомії, єпископу присудили науковий ступінь доктора медичних наук.

У 1946 році за видатні наукові роботи в галузі медицини професор-хірург був нагороджений Сталінською премією першого ступеня, але більшу частину коштів пожертвував на допомогу дітям, що постраждали від наслідків війни. Цим святитель показав, що він допомагає ближнім не заради власної вигоди, а щиро, з любов'ю ставлячись до кожного знедоленого, і готовий пожертвувати всім задля здоров'я і благополуччя інших [3].

Роздуми про взаємозв'язок релігії і науки (медицини, зокрема) не залишали святителя ні у в'язницях, ні в засланнях. Про це свідчать його листи дітям і колегам-вченим. Ці думки часто закінчувалися деякими чіткими формулюваннями, але до систематичного викладу своїх поглядів на науку і релігію Валентин Феліксович прийшов у післявоєнні роки, коли яскраво проявився його талант публіциста. Співвідношення наукових та релігійних поглядів і їх поєднання святитель найглибше розкрив у праці «Наука та релігія». Це унікальний твір, який не має аналогів ні у вітчизняній, ні в закордонній літературі. Так, учений-архієпископ В. Ф. Войно-Ясенецький писав: «Релігія тому рухає науку, що в релігійному досвіді ми вступаємо в контакт з вічним Розумом, Голосом світу. Хто любить Бога, тому дане знання від Нього. Чи не тому частина великих відкриттів і винаходів належить тим, хто були і великими вченими, і великими християнами ... Самі якості наполегливого дослідження – самовіддана праця, віра в кінцевий результат, смиренність – є насамперед продуктами релігії. ... Наука без релігії – небо без сонця. А наука, обрамлена світлом релігії, – це натхненна думка, що пронизує яскравим світлом темряву цього світу. «Я Світло для світу. Хто попрямує за Мною, той не блукатиме в темряві, а матиме світло життя», – так говорить Христос. І тепер зрозуміло, чому в житті вчених релігія відігравала таку видатну роль» [4, с. 8-9].

Розкриваючи проблему узгодження науки з релігією, святитель наголошує на необхідності їх поєднання: «... Одне знання може зробити нас тільки книжниками, теоретиками, гамлетами, які тільки розмірковують, але не можуть творити. Одна віра, що не знає, у що вірить, що не має своїм предметом бездонний і світлий образ Бога, виявлений у Христі, – сліпа віра. Така віра може надихнути Дон-Кіхота, але ... на боротьбу з вітряними млинами. Нам потрібні живе знання і зряча віра, і тільки їх

синтез і нерозривний зв'язок відкривають можливість творчого життя. Бо творять життя мудрі, окрилені вірою» [2, с. 74].

Видатний хірург Войно-Ясенецький завжди залишався вірним своєму вибору щодо пастирського служіння, ніколи не забуваючи й про друге служіння-лікаря. Святитель власними вчинками показував приклад оточуючим його людям. Лікар привчив всіх працюючих з ним до молитви, без якої не починав жодної операції, й до священиків, яких на прохання хворих приводив у палати для сповіді та Причастя. Завдяки твердій, непохитній вірі святителя православні звичаї та обрядовість в стінах радянської лікарні навіть у ті складні часи гонінь сприймалися як щось належне і необхідне [2].

Разом з визначними науковими здобутками свт. Лука залишив ряд відомих релігійних праць, в яких закликає людей до покаяння, самовдосконалення, пошуку істини, допомоги своїм ближнім, боротьби зі страстями, позбавлення від гріховних начал, які є причиною тілесних недугів. Єпископ Лука 11 років свого життя провів у засланнях, де йому довелося віч-на-віч зустрітися з такими речами як зрада товаришів, постійні наклепи, тяжкі муки, смерть знайомих і незнайомих людей. При житті він розкривав здобутий досвід у своїх проповідях, а до нашого часу дійшли різні його настанови, які загалом складають одинадцять томів. Найбільш відомими духовно-моральними творами святителя Луки є «Дух, душа і тіло», автобіографія «Я полюбив страждання» і вже згаданий раніше – «Наука та релігія», які були і залишаються актуальними в наш час і повинні бути взірцем правильного духовного настрою та розвитку суспільства [3, 1].

Отже, Святитель Лука – унікальна постать в історії людства. Він поєднав у своєму житті служіння Богу і ближнім і на власному прикладі показав всю необхідність гармонії духовного і тілесного начал в людині. Єпископ і хірург Валентин Феліксевич належав до винятково значимих для народу людей, які не можуть робити щось лише для себе, обмежуватися працею в тих галузях і напрямках, які подобаються особисто їм. Для святителя Луки служіння ближнім – не просто слова, тому він у своїй діяльності не слідує випадковому вибору, не будувє своє життя на чужому фундаменті, а старасться знайти те, що необхідно зробити ближнім саме тут і саме зараз і що буде корисним для всього людства. Його життя повинно бути взірцем для кожного з нас, якщо ми дійсно хочемо бути корисними суспільству на землі, а після смерті удостоїтися вічної радості та блаженства.

Література:

1. Васильєва І. В. Філософія релігії та медицини свт. Луки (В.Ф. Войно-Ясенецького) // Вісник НАУ. Серія: Філософія. Культурологія. – 2018. – № 1 (27). – С. 5-9.
2. Лука (Войно-Ясенецький), свт. «Я полюбив страдание, так удивительно очищающее душу»: сборник / Святитель Лука, исповедник, архиепископ Симферопольский и Крымский. Сост. Л.А. Чуткова. – М.: Сибирская Благовонница, 2016. – 254 с.
3. Марущак В., протоіакоп. Святитель-хірург. Житие архиепископа Луки (Войно-Ясенецького). – М.: Даниловский благовестник, 2008. – 416 с.
4. Свт. Лука (Войно-Ясенецький). Наука и религия; Дух, Душа и тело. – СПб.: Феникс, 2001. – 316 с.

Борздов С. В.
студент НМУ імені О. О. Богомольця
borzdov2013@gmail.com

Науковий керівник:
д. філос. н. *Шевченко С. Л.*,
проф. кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

РЕДАГУВАННЯ ГЕНОМУ ЛЮДИНИ: МЕДИЦИНА VS РЕЛІГІЯ

Біоетична оцінка наслідків розробки сучасних генетичних технологій та їх практичного застосування є невід'ємною частиною сучасних науково-технічних досліджень. Штучне втручання з метою зміни генетичної спадщини існує у вигляді «генної маніпуляції» та «генної інженерії», або «генної терапії» Генні маніпуляції – це будь-яке штучне втручання у життєдіяльність гамет та ембріонів з метою штучної прокреації або клонування. Генна інженерія, або терапія, – це методи, що дають змогу переносити в структуру клітини людини або іншої живої істоти певну генетичну інформацію, яку в іншому випадку ця клітина не одержала б. Тобто генетичну спадщину можна змінювати на рівні як зародкових клітин – гамет (овоцити та сперматозоїди) та ембріонів, так і соматичних клітин (терапевтичне втручання у диплоїдні клітини крові, кісткового мозку). Етичне напруження викликає той факт, що генні маніпуляції та генна інженерія можуть змінити генетичний статус людства, а з точки зору релігії проблема постає особливо гостро, оскільки втручання в «промисел божий» є недопустимим взагалі.

У даній роботі ми на конкретних прикладах розглянемо проблему редагування геному людини з позиції релігії та медицини, вивчивши та систематизувавши наявні точки зору. На підставі існуючих досліджень, у роботі буде висвітлена компромісна етична концепція проблеми застосування генної терапії та генної маніпуляції.

Позиція медицини щодо редагування геному людини є досить передбачуваною і виявляється у постійному прагненні до удосконалення та впровадження генетичних технологій у повсякденну діяльність лікаря. «Технології редагування геному з науково-дослідних лабораторій впевнено впроваджуються в клінічну практику. Розроблено принципово нові методи зміни геному людських ембріонів на ранніх стадіях розвитку та створений інструментарій для виправлення генетичних порушень у людей будь-якого віку. Лікар фактично стає коректором генетичної інструкції з побудови та функціонування організму людини» [3, с.4]. На сьогодні існують ефективні підходи до генної терапії більш ніж 50 генетично детермінованих захворювань людини: гемофілії, гемоглобінопатій, ахроматопсії, остеоартрита, хвороби Паркінсона та онкологічних захворювань.

Проте накопичились і негативні результати даного виду терапії. З'явилися дані про драматичні ускладнення після лікування. При проведенні клінічних випробувань були випадки розвитку лейкемії у пацієнтів, у яких спочатку, як здавалося, спостерігалися позитивні результати.

Широкий суспільний резонанс викликав випадок в Пенсільванському

університеті, коли при введенні 18-річному пацієнту Дж. Джелсінгеру вірусного носія, що мав у своєму складі терапевтичні гени, виникла гостра імунна реакція, яка проявилася у системному запаленні та закінчилася летально. Цей випадок став приводом для детального розслідування з приводу безпечності клінічних випробувань в області генної терапії.

У зв'язку з вищенаведеними прикладами стрімкий розвиток генетичних технологій породжує низку біоетичних проблем. Адже одним із провідних принципів біоетики є принцип охорони життя та захист генетичної ідентичності кожного людського індивіда. «Безумовно, запобігання тяжким спадковим захворюванням може суттєво покращити життя індивіда та його найближчого оточення. Разом з тим порушення генетичної індивідуальності може завдати шкоди суспільству. Виходячи з принципу рівності та однакової гідності, якість життя не можна протиставляти самому життю» [2, с. 211].

Сьогодні експерименти з генної терапії в розвинутих країнах попередньо проходять серйозне обґрунтування із залученням незалежних експертів та представників громадськості. Крім того, назріла необхідність більш детальної та суворішої міжнародної регуляції проведення експериментів з генетичної терапії.

Оцінюючи позицію релігії щодо редагування геному людини в подальшому буде висвітлене ставлення до проблеми Православної церкви, що є доцільним, у зв'язку зі сповіданням переважною більшістю населення України християнства.

Позиція Православної церкви щодо втручань у геном людини розкривається у Священному Писанні, в творах святих отців і вчителів церкви, в працях богословів. Синтезувавши та проаналізувавши інформацію з вищенаведених джерел можна чітко зрозуміти позицію церкви.

У декларації про проект «Геном людини» говориться: «... Дослідник, зайнятий роботою по проекту, може взяти на себе роль своєрідного «бога» або спробувати втрутитися в дії законів природи ... Основними критеріями оцінки проекту є повага до особистості людини, її автономії і принципу невтручання в її приватне життя, а також порівняльна оцінка ризику і користі» [1].

Безсумнівно, що гена інженерія буде приводити до притуплення релігійного почуття, так як будуть створюватися інші уявлення про основи спадковості.

Фізична неповноцінність і хвороби найтіснішим чином пов'язані з моральним рівнем людського суспільства. В Священному Писанні сказано, що покаяння (μετάνοια), тобто зміна життя, ось, що повинно привести до оздоровлення людського суспільства. Хвороби змушують нас задуматися про правильність того способу життя, який ми ведемо.

Генна інженерія та її незвично великі можливості наштовхують людство на думку про можливість фізичного вдосконалення без духовно-морального зростання. Це позбавляє людину порядку, а подальша моральна деградація все одно призведе до фізичної неповноцінності незалежно від можливостей генної інженерії.

Церква попереджає, що «метою генетичного втручання не повинно бути штучне «удосконалення» людського роду і вторгнення в Божий план стосовно людини.

З усього вищесказаного можна зробити висновок, що компромісна позиція стосовно генної терапії з точки зору релігії та медицини має формуватися в першу

чергу навколо фундаментального принципу про повагу до цілісності, свободи вибору та гідності особистості. Спираючись на цей простий принцип та керуючись статтями Конвенції про права людини та біомедицину, може бути сформована спільна етична концепція, що відобразить єдність науково-технічного прогресу з релігійними догматами.

Адже, успіхи в розшифровці генетичного коду створюють передумови для масштабного генетичного тестування з метою виявлення інформації про природну унікальність та індивідуальність кожної людини, а також її схильності до певних захворювань. Створення «генетичного паспорта» при раціональному використанні отриманих відомостей допомогло б своєчасно коригувати розвиток можливих для конкретної людини захворювань. Однак є реальна небезпека зловживання генетичними даними, при якому вони можуть сприяти різним формам дискримінації. Крім того, володіння інформацією про спадкові схильності до тяжких захворювань може стати непосильним душевним тягарем. Саме тому генетична ідентифікація і генетичне тестування можуть здійснюватися лише на основі поваги до свободи особистості.

Література:

1. Декларация о проекте «Геном человека» Принята 44-й Всемирной медицинской ассамблеей, Марбелла, Испания, сентябрь 1992 г. / [Електронний ресурс]. Режим доступу (від 15.04.2019): https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_047
2. Запорожан В. Н. Біоетика та біобезпека, національний підручник / В. Н. Запорожан, Н. Л. Аряєв. – Київ Здоров'я. –2013. – 454с.
3. Rebrikov D. V. Human genome editing // Bulletin of RSMU, 2016, № 3, с. 4-14.

Груша А. Г.,
студентка НМУ імені О.О.Богомольця,
kitty14meow12@gmail.com

Науковий керівник:
д. філос. н. *Шевченко С. Л.*,
проф. кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О.О.Богомольця

БІОЕТИЧНІ ТА РЕЛІГІЙНО-ФІЛОСОФСЬКІ АСПЕКТИ СУЧАСНОЇ ПСИХІАТРІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ: ДО ПРОБЛЕМИ «РОЗЛАДНОСТІ» ВНУТРІШНЬОГО СВІТУ ЛЮДИНИ

Внутрішній світ людини завжди викликав цікавість з боку фахівців різних галузей, у тому числі й медицини. Ще Гіппократ у 5 ст. до н.е. говорив: «Спочатку вилікуй душу, а потім – тіло», розуміючи, що проблема може мати фізіологічні прояви, але психічний генезис. Однак у ранні періоди історії людства незвичайна поведінка інтерпретувалась у спектрі моральних або

релігійних тем, і лише в останні роки успіхи медицини, зокрема нейрофізіології, дозволили частково розібратися в тонкощах роботи головного мозку.

Проте велика кількість питань і сьогодні залишається нерозкритими. Серед них: відсутність уніфікованої системи діагностики та класифікації психопатологій; розмежування норми й девіації; дискримінація душевно хворих осіб, їх стигматизація, соціальна ізоляція; взаємостосунки психіатрії та релігії; проблема «розладнаності» внутрішнього світу сучасної людини, яка, на наш погляд, є особливо актуальною.

Розглянути варіанти розв'язання даних проблем, проінтерпретувавши психіку людини відповідно до медичної, біоетичної та релігійно-філософської концепцій є метою нашої роботи.

Складною біоетичною проблемою сучасної психіатрії є відсутність системи ідентифікації та диференціації норми і патології психічного здоров'я. Варіативність поведінки людини часто є причиною гіпердіагностики душевних розладів [1, с. 259]. Часто діагностика базується на феноменологічних, а не біологічних критеріях. Деякими вченими висловлюються сумніви щодо адекватності методології та достовірності результатів досліджень у психіатрії. Наприклад, німецький психіатр Хайнц Качніг у 2010 році здійснив мета-аналіз результатів терапії антидепресантами, де ефективність не відрізнялась від плацебо [2, с. 21 – 28]. На нашу думку, найбільш достовірними є рандомізовані контрольовані дослідження (РКД).

Для диференціації норми та девіації, на наш погляд, слід застосовувати два основних методи:

1) Статистичний: передбачає наявність кількісної шкали, коли зменшення або збільшення певного параметра свідчить про відхилення. Часто застосовується т. зв. гауссівська крива. Прикладом застосування методу є вимірювання IQ – коефіцієнта інтелекту, напр. для діагностики олігофренії. Метод простий і академічний, однак має ряд обмежень.

2) Соціальний: передбачає конвенціональність – наявність договору в суспільстві, що визначає певні критерії норми, відхилення від яких є девіацією. Проте нерідко девіантна поведінка не є показником патології: суїцид, наприклад, є соціальною девіацією, однак його може здійснити й психічно здорова особистість.

Отже, чітка диференціація норми та патології неможлива через багатогранність людської особистості та, як наслідок, варіативність поведінкових реакцій. Однак комплексний підхід до діагностики, включаючи симптоматику та адаптивність, дозволить максимально об'єктивно діагностувати психічні розлади.

Однією з найактуальніших проблем психіатрії є дискримінація та стигматизація психічно хворих осіб. На відміну від інших нозологічних форм, діагноз психічного розладу має негативне соціально-етичне навантаження. Наслідком цього може стати соціальна ізоляція хворого [3, с. 58 – 65]. Основними причинами є: 1) наслідки радянської моделі «каральної» психіатрії, 2) особливості надання психіатричної допомоги (примусова госпіталізація тощо); 3) недостатня обізнаність населення щодо психічних захворювань.

У 20 ст. були здійснені перші кроки з метою гуманізації психіатрії. У

1955 р. комітет експертів ВООЗ ухвалив рішення про необхідність лікування психічно хворих без їх ізоляції від суспільства. Проте фактичне безправ'я таких осіб викликало протести з боку населення. Наприклад, у 1960 р. у Великобританії та США виникли антигоспітальні та антипсихіатричні рухи, метою яких була гуманізація законодавства у сфері психіатрії. У 1969 році Томас Сас, відомий психіатр, та Церква сайєнтології заснували Громадянську комісію з прав людини – організацію, що назвала психіатрію псевдонаукою та «індустрією смерті», а психіатрів – розповсюджувачами наркотичних речовин. Рональд Лейнг, шотландський психіатр, був прихильником філософії екзистенціалізму та вважався одним із провідних ідеологів руху антипсихіатрії, хоча сам говорив: «Я антипсихіатр не більше, ніж Пастер антилікар» [4, с. 58]. Розглядав поняття шизофренії як ідеологічне обмеження, що уможлиблює примусові стосунки між психіатром та пацієнтом: «Шизофренія – кайдани, що закували пацієнтів і психіатрів. <...> Двері психлікарень відкриваються тому, що хімічне утримання більш ефективно. Двері нашого розуму відкриті набагато складніше» [5, с. 29 – 40]. У книзі «Розколоте Я» висловив думку про ілюзорне сприйняття світу кожним із нас.

Таким чином, для вирішення проблеми дискримінації душевно хворих слід гуманізувати систему психіатрії, уникаючи зайвого патерналізму, підвищити рівень компетентності населення, ліквідувати упередженість у ставленні до таких осіб.

У давні часи превалювали релігійні та міфологічні погляди на психічні розлади. Наприклад, у Давній Греції вважали, що психічно хворих переслідують фурії. Середньовіччя характеризувалось пануванням церкви, тому таких осіб вважали одержимими й нерідко піддавали інквізиції. Бісів виганяли побиттям або навіть спалювали на вогнищі. Проте на Русі до «біснуватих» ставилися гуманно, надавали притулок у монастирях, вважали блаженними. Наукове дослідження психіки почалося на межі 18-19 ст.

Деякі вчені (напр. Б. Фролов) переконані, що віра та релігійність можуть бути причиною психічних хвороб, таких, як параноя, манія та марення. Проте різні психіатри мають неоднакові погляди на релігію.

✓ Радикальну позицію займає німецький лікар Віллі Гельпах, який розглядав релігію як безпосередню причину душевних розладів, у т. ч. масового характеру.

✓ Проміжна позиція характерна для більшості вітчизняних учених. Наприклад, С. Корсаков вважав, що «релігія сама по собі не впливає на душевні хвороби, але фанатизм та марновірства можуть стати їх причиною».

✓ Ліберальні погляди притаманні Д. Мелехову, який був переконаний, що віра в Бога допомагає людині опиратися патологічному процесу й навіть компенсувати дефекти особистості.

Встановленню взаємозв'язків між психіатрією та релігією сприяли такі науки, як: психоаналіз, психологія релігії, нейрофізіологія та релігійна філософія.

Отже, релігія та психіатрія тісно пов'язані, оскільки мають пряме відношення до внутрішнього світу людини – душі (психіки). Вплив релігії на психіку може мати як позитивний характер (мораль, духовність), так

і негативний, що особливо стосується різноманітних сект, культів тощо (депресія, деперсоналізація, шизофренія).

Найбільш актуальною сьогодні є проблема «розладнаності» внутрішнього світу людини. Це пов'язано з процесами глобалізації, коли проблема екзистенції набула нового звучання. Еріх Фромм у праці «Мати чи бути?» наполягав на хибності раціонально-інтелектуальних установок, що призвели до втрати зв'язку з навколишнім світом, розколу на суб'єкт і об'єкт дії. Сучасна людина близька до втрати цілісності своєї індивідуальності та самоідентичності, у зв'язку з чим постмодерністи (М. Фуко) писали про «смерть людини». Важливим є вплив на людину інформаційного суспільства: вона потрапляє в залежність від іншої форми реальності, що призводить до дереалізації – втрати зв'язку зі світом та деперсоналізації – із собою: «багато людей, для яких комп'ютерне буття важливіше традиційного, основну частину часу взаємодіють з екранами, не потребуючи предметних прототипів» [6, с. 143].

Глобалізація призводить до змін в існуванні людей, втрати стабільності, орієнтирів та, як наслідок, кризи ідентичності, що нерідко є причиною самогубства.

Виходом із ситуації є докорінна зміна мети суспільства, що полягає не у виробництві та споживанні, а створенні умов для самореалізації особистості. Причому зміни мають мати вигляд не революції, а поступових реформ, подібних до метаморфоз у живому організмі. Трансформація має відбуватися таким чином, щоб панівним у соціумі стало відношення не «мета-засіб», а «причина-наслідок».

На нашу думку, найбільш актуальною для сучасного суспільства має стати концепція «здорового суспільства» Е. Фромма, структура якої має охоплювати такі риси: 1) готовність відмовитися від усіх форм власності з метою повною мірою бути; 2) почуття безпеки, ідентичності та впевненості людини, що вона існує, прийде на зміну бажанню мати, володіти світом і стати рабом своєї власності

Розгляд проблеми співвідношення біоетичних та релігійно-філософських аспектів сучасної психіатрії та психотерапії в контексті визначення причин «розладнаності» внутрішнього світу людини дозволяє зробити наступні висновки: 1) сучасна психіатрія потребує уніфікації системи діагностики та комплексного підходу до розмежування норми та патології, що передбачає застосування статистичного та соціального критеріїв; 2) гуманізація психіатрії та підвищення компетентності соціуму є ключем до подолання споконвічної проблеми дискримінації психічно хворих осіб; 3) релігія тісно пов'язана з психіатрією й може мати як позитивний вплив на душевне благополуччя людини, так і призвести до його розладів, тому важливо правильно обирати духовні орієнтири; 4) «розладнаність» внутрішнього світу особистості спричиняють глобалізаційні процеси та розвиток інформаційного суспільства, тому лише докорінний перехід від споживання до творчої самореалізації допоможе уникнути кризи ідентичності та відновити цілісність індивідуальності, її екзистенціальне «Я».

Література:

1. Запорожан В. Н. Терапевтический союз врача и пациента. - К., 2001. – 292 с.
2. Katschnig, H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession // World Psychiatry, 2010, No 9. – Pp. 21 – 28.
3. Михайлова И. И., Ястребов В. С., Ениколопов С. Н. Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп // Журнал неврологии и психиатрии. – 2002. – Т. 7. – С. 58-65
4. Лэйнг Р. Д. Словарь-справочник по психоанализу. – М.: АСТ, 2010.
5. Лейбин В. М. Лейнг и его лицо: гений или безумец. – М., 2015. – С. 29 – 40
6. Кутырев В.А. Пост-пред-гипер-контр-модернизм: концы и начала // Вопросы философии. – 1998. – № 5. – С. 135–143.

Згібнєв С. В., Підгорний В. І.,
студенти НМУ імені О.О.Богомольця,
staszgibnyev@gmail.com; podgorniy.slava14@gmail.com

Науковий керівник:
д. філос. н. *Шевченко С. Л.,*
проф. кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О.О.Богомольця

БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ РЕАНІМАЦІЇ ТА ЇХ ІНТЕРПРЕТАЦІЯ В РЕЛІГІЙНОМУ КОНТЕКСТІ

Дуже часто рішення про початок проведення реанімаційних заходів приймається в дуже короткий період, і тому воно є дуже складним як для лікаря так і для рідних потерпілих. Існує багато чинників які впливають на прийняття такого рішення, це можуть бути особисті фактори, національні традиції, юридичні, етичні, суспільні та релігійні аспекти. Існують пацієнти які самі вирішують не продовжувати лікування, це їх право. Тому, медичні працівники повинні розуміти основні принципи прийняття рішення про початок реанімаційних заходів.

Реанімація – це складний процес, який потребує швидкості в проведенні тих чи інших заходів в залежності від стану хворого і причин, які призвели до розвитку критичного стану. Реанімація – комплекс заходів, спрямованих на відновлення різко порушених або втрачених життєво-важливих функцій організму (серцево-легеневі та церебральні функції) [1].

Доктор Сем Парніа, який керує реанімаційними дослідженнями в Університеті штату Нью-Йорк в Стоуні Брук, говорить що можна уникнути пошкодження мозку через голодування киснем за допомогою вчасно розпочатого

штучного дихання і сучасної післяреанімаційної терапії. Це зумовлено тим, що коли мозок перестає отримувати кисень, то він не одразу гине, а впадає в своєрідну сплячку для захисту від розкладу [11]. За регламентом реанімаційні заходи тривають 30 хвилин, після чого, якщо пацієнт не прийшов до тями, встановлюється протокольна смерть. Проте не рідко трапляються випадки, коли вдається врятувати життя збільшивши час реанімаційних заходів. Доктор Сем Парніа казав: «Люди думають, що 45 хвилин – це якесь диво. Але ми знаємо, що дехто повертався до життя через три, чотири і навіть п'ять годин після смерті. І більше за те – жив після цього повноцінним життям». І дійсно так, приголомшливий випадок став з Керол Бразерс. Одного дня її серце зупинилося, але сусід знав основи серцево-легеневої реанімації і одразу почав робити їй штучне дихання. Незабаром приїхала швидка, і десь за 30-45 хвилин після зупинки (точного часу ніхто не засік) серце Керол забилося знову [11]. Тому, за допомогою нових досягнень в науці і вчасно проведених реанімаційних заходів ми можемо врятувати тих людей, які раніше вважались загиблими. Тому для порятунку людського життя в конкретній ситуації вкрай необхідні реанімаційні заходи. Неодноразово були помічені випадки неймовірного одужання, що не може бути пояснене сучасними науковими знаннями, тому медицина визнає наявність духовної складової людського буття і вважає духовне благополуччя необхідним компонентом здоров'я.

Раніше смерть вважалась природним фіналом важкої хвороби, але зараз лікарі прагнуть передбачити момент її настання і запобігти їй за допомогою різних методів. Приймаючи рішення про їх використання, лікар керується медичними показаннями і протипоказаннями, проте через велику кількість можливих результатів реанімації таке рішення не завжди є його прерогативою. Часто професійний обов'язок лікаря, покликаного зберегти життя пацієнту, вступає в конфлікт з його обов'язком полегшити страждання і запобігти інвалідності [7].

Існує чотири принципи прийняття рішення про початок реанімаційних заходів: принцип дії заради користі пацієнта, принцип незавдання шкоди, принцип справедливості, принцип автономії пацієнта. Доречно буде конкретніше розглянути кожний з них.

Принцип дії заради користі пацієнта означає дії медичного працівника після оцінки ризиків і користі після проведення реанімації. Найчастіше вирішується питання про початок реанімації, однак іноді – про її припинення.

Принцип незавдання шкоди означає не завдавати шкоди своїми діями. Отже, реанімація не повинна проводитися якщо вона має завідомо несприятливий прогноз або пацієнт не бажав бути реанімованим.

Принцип справедливості означає, що реанімація повинна бути доступна кожному з нас, незважаючи на соціальний статус або наявність коштів.

Принцип автономії пацієнта полягає у праві пацієнта самостійно приймати рішення про лікування, а не підкорятися думці лікаря або рідних [2].

Розглядаючи аспекти реанімації ми повинні також розглянути проблему визначення моменту смерті людини. Процес вмирання людини має декілька етапів, від агонії до абсолютної біологічної смерті. Залежно від розрізнення етапів, їх визначення і часу виникнення, вживають різні назви смерті: клінічна смерть, органічна смерть, смерть мозку, смерть особистості, біологічна смерть

і смерть, що пов'язана з припиненням фізіологічних процесів в клітинах, і біологічна смерть. У момент припинення діяльності серця, мозку і дихання настає стан клінічної смерті.

“Прогрес медицини як особливої науки про норму та патологію тілесного життя людини протягом останніх трьох століть, – доводять сучасні дослідники даної проблеми, – був пов'язаний із переосмисленням поняття смерті як соціального та культурного явища й відкриттям її медичного та духовного вимірів. Факт констатації смерті ще до середини ХІХ століття не був прерогативою лікарів, але поступово фахівці-медики отримують виключне право на зобов'язання констатувати смерть. Перетворення смерті на медичний феномен знаменує відкриття людиною особливого неживого, мертвого, дискурсивного – простору трупа. Людина починає усвідомлювати смерть не тільки як межу або точку відліку, але й як явище життя, котре має певний простір і час, де знаходить свій вияв певна людська чуттєво-тілесна реальність, з якою суспільство має рахуватися.

Сьогодні всі суперечки навколо етико-медичних проблем, пов'язаних зі смертю людини, зводяться до протиборства двох головних підходів до розуміння життя, що знайшли втілення в концепції якості життя, в основі якої лежать утилітаристські ідеї, і концепції самоцінності (святості) життя” [5, с. 240-241]. Втім проблема полягає в тому, коли проводять реанімацію людини, керуючись суто утилітаристським чи прагматичним підходом, то, переважно, медики керуються наперед визначеними протокольними нормами часу та тривалості реанімаційних заходів, а коли діяли б в межах концепції самоцінності (святості) життя, то мали б боротися за життя людини до кінця, незважаючи на визначений час, протоколи та стандарти.

Повертаючись до проблем реанімації ми повинні розглянути питання, коли медичний працівник може припинити реанімацію. Більшість розпочатих спроб реанімації закінчується неефективно, тому повинні бути припинені. Деякі фактори впливають на рішення про припинення реанімації. Це може бути: перебіг лікування, час від зупинки серця до початку реанімації, час до дефібриляції та тривалість реанімаційних заходів із стійкою асистолією.

Загалом, питання відносин релігії та медицини в контексті реанімації доволі неоднозначне: з одного боку, більшість релігійних течій не заперечують офіційну медицину, але є моменти, які викликають у послідовників деяких конфесій жорсткий протест [3].

Випадків, коли люди відмовлялися від медичного втручання саме через релігійні причини, досить багато по всьому світу. Як правило, в заголовки газет потрапляють члени релігійної організації «Свідки Єгови», яка забороняє своїм adeptам переливання крові. Православна церква лояльно відноситься до сучасної медицини, вона не забороняє реанімаційні заходи. Дуже часто священики православної церкви приїжджають у реанімаційні відділення, де допомагають людям духовно. На даний момент реанімаційні заходи дуже важливі для врятування людей і тому світові релігії, за винятком деяких, добре відносяться до реанімації тому, що в релігіях саме головне – це життя людини, яке потрібно врятувати будь-якою ціною.

Відомий американський вчений Раймонд Моуді показав, що люди, які

пережили клінічну смерть та перебували в так званих навколо смертних станах певний час, отримали особливий духовний досвід, який залишив у них незабутні враження [6]. Рут Ламберт – одна з тих, хто пережила досвід смерті, говорить, що відчувала, що йде в якийсь кращий світ і що вона говорила з богом [8]. Таких випадків багато і на даний момент наука ще не може їх пояснити.

Проблема ставлення релігії до медичних заходів, таких як реанімація, є досить актуальною. Насамперед, вона виникла у зв'язку з розвитком навичок порятунку людського життя, а також коли медицина почала розвиватися без релігійних настанов після наукових відкриттів.

Багато століть медицина і релігія перебували в тісному взаємозв'язку, де людина є основним об'єктом їх інтересів. Обидва соціальні інститути ставляться до здоров'я людини як до комплексного поняття, що включає фізичні і духовні складові. Однак, медицина займається станом фізичних і психічних компонентів особистості, а релігія підтримує духовне “здоров'я” людини.

Протягом довго часу медицина своїми відкриттями доповнювала релігійне вчення, підкреслюючи наявність Бога-творця. Лікувати в храмах почали ще в країнах Стародавнього Сходу, а пізніше у Єгипті, Греції та Римі. Хоч лікування було вже самостійною професією, проте доволі довгий час знаходилося під контролем релігії. Середньовічні епідемії чуми, прокази, віспи вважалися результатом гріховності людини. Тому вкрай необхідним визнавалось релігійне покаєння, як лікування хвороб. У ХІХ столітті в Європі медицина відділяється від релігії, бо з'явилися докази, що причиною хвороб є патогенні мікроорганізми. Проте все одно були люди, які стверджували, що хвороби з'являються із-за “темних” сил.

Німецьким лікар, гуманіст і філософ Альберт Швейцер писав: “Фундаментальний принцип моралі – це повага до життя. Добро – це знати жалість, допомагати іншим зберігати своє життя і здатність до співчуття. Зло – це не проявляти співчуття, не співчувати всім створінням, завдавати їм болю і викликати їх смерть” [10]. Ці слова підкреслюють, що підхід лікаря не може бути просто «науковим», в ньому має бути співчуття, жалість, бажання допомогти, повага до людини, готовність полегшити її страждання, готовність продовжити її життя.

Не дарма Господь закликав людей полюбити ближнього свого як самого себе, у його словах можна простежити основні моральні принципи, які неодмінно використовуються в лікарській етиці. Це такі принципи, як принцип гуманізму (милосердя) та принцип обов'язку. Гуманним вважається ставлення до людини як істоти, що заслуговує на повагу, любов, почуття власної гідності, щастя. Принцип обов'язку розкриває необхідність виконання медичними працівникам своїх функцій незалежно від обставин, часу, місця, суб'єктивного стану тощо. Всі інші положення, норми, правила, вимоги, що включає лікарська етика – “не зашкодь”, “не розголови лікарської таємниці”, “не вбий словом” тощо підпорядковані цим двом основним принципам [9].

Церква стверджує, що не треба відмовлятися від лікарської допомоги. Бо хвороба є лише випробуванням для кожного, і по “ділам нашим” Господь може дарувати одужання. Відомо багато випадків зцілення хворих, як і самим Богом під час його перебування на землі і після цього часу, так і учнями його –

апостолами, і просто зцілення людей, що є нагородою за гідне вірування [4, с. 140]. Проте якщо ж людина не гідна на одужання безпосередньо через молитви, із-за наявності тих, чи інших гріхів, то порятунок приходить з боку лікарів, які роблять все можливе аби зберегти людське життя. Тому, коли людину рятують лікарі-реаніматологи у певній ситуації, яка загрожує життю потерпілого, вони керуються правилом любові, жертвності, допомоги ближньому, адже Бог дає можливість порятунку.

Римо-католицька церква, яка відома своїм суровим ставленням до наукових знань та відкриттів, особливо в часи Середньовіччя, канонізувала італійського лікаря, наукового співробітника, професора університету – Джузеппе Москаті. Тобто з 25 жовтня 1987 року він став для мільйонів католиків прикладом того, як святості може досягти сучасний мирянин, який обрав звичайну мирську професію. Він був канонізований римським папою Іоанном Павлом II, як благочестивий мирянин, котрий використовував свою професію лікаря для поширення християнства, справ милосердя поміж хворих, які потребують духовної допомоги. За часи свого життя Джузеппе Москаті провів тисячі операцій, врятував чи просто допоміг багатьом людям. Одного разу він врятував життя моряку, в якого зупинилося серце, внаслідок травми в порту. Хоч досвідчений професор і лікар велів констатувати смерть потерпілого, Москаті продовжив робити масаж серцевого м'язу, що змусило серце відновити свою роботу, як наслідок чоловік прийшов до тями. Своім вчинком він доводить, що протокольна фіксація смерті не є підставою для припинення боротьби за життя, бо боротьба за життя пацієнта навіть після констатації смерті часто творить дива – тобто фактичного повернення людини з «того світу».

Окремим випадком реанімаційних заходів є порятунок жінки або її дитини під час пологів, якщо виникає така критична ситуація. З медичної точки зору пріоритетним є порятунок життя матері, за рахунок позбавлення життя майбутньої дитини. Взагалі церква негативно ставиться до абортів або інших методів позбавлення життя плоду, проте, якщо постає питання категоричної альтернативи, або життя матері, або плоду, то церква схильється на бік матері. Оскільки вона вже має певні зобов'язання перед своїм чоловіком та перед іншими дітьми, якщо вони є.

Отже, розглянувши питання біоетичних аспектів реанімації в релігійному контексті, ми можемо побачити що релігійні, юридичні, етичні та суспільні чинники інколи можуть призвести до смерті пацієнта через небажання проводити реанімаційні заходи. Тому, ми повинні шукати та пропонувати нові методи реанімації, які б відповідали новітнім технологіям та відкриттям в сфері реаніматології. Водночас досягнення в реаніматології, з одного боку, мають поступово нівелювали необґрунтований спротив різноманітних релігійних течій, а з іншого, намагатись враховувати побажання та міркування цих релігійних течій, не відкидаючи їх категорично. Адже саме такий підхід дозволить збільшити, на нашу думку, кількість вдало проведених реанімаційних заходів і відповідно врятованих життів. Релігія позитивно ставиться до медичних втручань, які націлені на допомогу людині. Проте на сьогоднішній день існує багато біоетичних проблем (проблеми абортів, евтаназії, екстракорпорального запліднення тощо), які ще потрібно врегулювати.

Література

1. Буянов В. М. Перша медична допомога. – М.: Медицина, 1987. – 190 с.
2. Етичні аспекти реанімації / [Електронний ресурс]. – Режим доступу (від 15.04.2019): https://pidruchniki.com/76864/meditsina/etichni_aspekti_reanimatsiyi
3. Жарова М. «Етичні проблеми закінчення життя людини» / [Електронний ресурс]. – Режим доступу (від 15.04.2019): <http://www.relga.ru/Environ/WebObjects/tgu-www.woa/wa/Main?textid=2668&level1=main&level2=articles>
4. Желтов М. С. Водоосвящение // Православная энциклопедия. — М.: Церковно-научный центр «Православная энциклопедия», 2005. — Т. IX. — с. 140 – 148.
5. Кулініченко В., Вєковшиніна С. «Життя та смерть у контексті біоетики» // Дух і літера, 2003. – № 11-12. – с. 240-241.
6. Марков Ю. І., Пустовіт С. В. Філософські проблеми сучасної анестезіології // Медицина неотложных состояний. – 2018. – № 2. – С. 41 – 46.
7. Сидоренко Л. І. «Філософське осмислення людини» / [Електронний ресурс]. – Режим доступу (від 15.04.2019): <http://www.philsci.univ.kiev.ua/biblio/sid-phil-human.htm>
8. Усенко Л.В. та ін.«Серцево-легенева реанімація і принципи ведення післяреанімаційного періоду в Україні» / [Електронний ресурс]. – Режим доступу (від 15.04.2019):<https://studfiles.net/preview/1785832/page:3/>
9. Філософія: Підручник для студентів-медиків; за редакцією М. В. Попова, О. О. Загордонця. – Х.: ВПП Контраст, 2005. – 488 с. – укр. мов. – 456 с.
10. Швейцер А. Благоговение перед жизнью. – М.: Прогресс, 1992. – 573 с.
11. «Як повертають людей с того світу» / [Електронний ресурс]. – Режим доступу (від 15.04.2019): https://www.bbc.com/ukrainian/entertainment/2013/04/130426_life_after_death_ms

Кур'ята В. Р.,

студентка НМУ імені О. О. Богомольця,
vikkkkkka@ukr.net

Науковий керівник:

д. філос. н. *Шевченко С. Л.*,
проф. кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ЕВТАНАЗІЯ ЯК БІОМЕДИЧНА ПРОБЛЕМА

Проблема евтаназії є досить актуальною. Нині можливість вдаватися до евтаназії обговорюється в 12 країнах. У Нідерландах евтаназію дозволено,

вона трактується як «навмисне позбавлення життя пацієнта на його прохання, проведене лікарем». Всі інші види позбавлення життя хворого без прохання хворого не підпадають під критерії евтаназії. За останні роки інтерес до евтаназії зріс. На мою думку, така тенденція має декілька причин. Зокрема, соціальні, політичні, релігійні відіграють вирішальну роль та пригнічують стан медицини та технологій. Адже, за цей період медична сфера досягла неабияких досягнень у лікуванні болю. Окрім того, евтаназія перегукується з актуальною проблемою у всі часи – життя і смерті.

Сьогодні зустрічаються випадки лобіювання і практичного застосування евтаназії (Джек Кеворкян, Філіп Нічке, Барбара Кумбс Лі). Але існують протилежні підходи, що акцентують увагу на антигуманності евтаназії (Г. Старшенбаум, Н. Федермессер). Евтаназію в контексті медичної практики України досліджують О. Безаров [1], С. Булеца [3], В. Ворона [4], Т. Кучера [6], І. Михалків [7], М. Рапаєва [8], Л. Сенюта [9] та інші, які також доходять доволі неоднозначних, а інколи й протилежних висновків, зокрема щодо проблеми обґрунтування правових аспектів евтаназії в медичній практиці України, легалізації евтаназії в країнах Європи та Україні, права на евтаназію як складової права людини на життя, евтаназії у сучасному суспільстві та перспективи її доцільності в Україні тощо. «Вершиною будь-яких суспільних пріоритетів є життя людини як найвища соціальна цінність. Найважливішим правом людини відповідно до ст. 27 Конституції України є право на життя, що гарантує недоторканість її фізичного існування. Відповідно до ст. 3 людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються найвищою соціальною цінністю, що зазначається Конституцією України. Ніхто не може позбавити людину життя, яке повинно підтримуватись у всіх випадках до природного завершення. Проте в деяких країнах сучасного світу відбуваються кардинальні зміни, на тлі яких ця теза спростовується. Мова йдеться про евтаназію ...» [8], – йдеться у працях сучасних українських дослідників проблеми евтаназії. Ними проаналізована історія розвитку евтаназії в країнах світу, розглядаються її етичні засади. Втім мало наголошується, що евтаназія, насамперед, є проблемою біомедичною. В Україні дана проблема лише починає поверхово досліджуватися в межах викладання теоретичного курсу «Біоетика та біобезпека» [5] в медичних вузах.

Евтаназія – практика припинення лікарем життя людини, яка має невиліковне захворювання на задоволення її прохання в безболісній або мінімально болісній формі припинити страждання. Слово евтаназія – грецького походження і означає «легка, гарна смерть» (eu – «добре», thanatos – «смерть»). Термін «евтаназія» вперше вжив у XVII ст. Ф. Бекон [2]. Він вважав, що обов'язок лікаря не лише відновити стан здоров'я та продовжити життя, але полегшити страждання, що спричиняє хвороба. Тобто коли немає надії на краще, на порятунок, саму смерть можна зробити безболісною.

В сучасному світі розрізняють пасивну та активну форму евтаназії.

Суть активної форми полягає у спрямованому втручанні лікаря з метою перервати життя пацієнта. Зокрема, шляхом ін'єкції з летальним ефектом. У цьому випадку лікар є безпосередньою причиною смерті. Можна виділити 3 види активної евтаназії:

1) Вбивство зі співчуття – позбавлення життя невиліковного пацієнта від болісної смерті. Окрім того, згода самого пацієнта не завжди відіграє роль, у разі травми, наприклад, що є несумісною з життям.

2) Добровільна евтаназія – пацієнт має право приймати самостійне рішення щодо подальшої долі, тобто евтаназія здійснюється на його прохання.

3) Самогубство за допомогою лікаря – практично лікар не відіграє головну роль у процесі позбавлення життя пацієнта, його участь полягає у допомозі хворому знайти засіб, що дозволить покінчити з життям. Наприклад, медичний засіб чи інформація про летальну дозу препарату.

Суть пасивної форми полягає у припиненні надання медичної допомоги, наприклад, відмова від лікування, що підтримує життя пацієнта. Тобто – зумисне припинення медиками підтримуючої терапії хворого.

В історії людства існує чимало прикладів примусової евтаназії. Ще спартанці скидали зі скелі слабких немовлят, щоб поліпшити свій рід. Є у народів, які населяють малі острови, звичай вбивати дітей, якщо вони перевищують кількість населення, що може існувати на цьому острові. У XIV ст. за допомогою евтаназії Тамерлан знищував прокажених. В нацистській Німеччині примусова евтаназія взагалі була зведена в ранг державної політики. У Франції в період уряду Віші було приречено на голодну смерть біля 40 тисяч психічно хворих людей.

Чим керуються прибічники евтаназії? На мою думку, можна виділити кілька аспектів. Зокрема, не бажання хворого обтяжувати хворобою своїх близьких (моральна сторона медалі); інколи це може бути егоїстично – бажання хворого «вмерти гідно»; біологічно-соціальний – потреба знищити неповноцінних людей, щоб зберегти унікальність людського виду (відіграє роль накопичення патологічних генів у ряді популяцій); припинення довгих та безрезультативних заходів, препаратів для того, щоб вони були використані для когось іншого, пацієнта з меншими ураженнями (тут має місце і економічна частина).

Розвиток ідеології на захист евтаназії бере початок з книги Альфреда Хоча й Карла Біндінга «Дозвіл позбавити життя» (1920). Зміст полягає у тому, що у певних випадках лікар повинен допомагати пацієнту піти з життя безболісно. Згодом, у 1935 році у Великобританії було створено Товариство евтаназії, яке допомагало невиліковно хворим. Важливим кроком у розвитку став «Маніфест евтаназії», що опублікований після Другої світової війни, був підписаний більше ніж 40 вченими, серед яких велику кількість склали Нобелівські лауреати. У 1976 році відбувся перший конгрес по узаконенню програми евтаназії. Вперше вона була узаконена Голландським парламентом в інструкції від 14 квітня 1994 року. Згодом проект підтримали і такі країни як США (декілька штатів, Техас зокрема), Австралія (1997), Бельгія (2002), Люксембург (2009), Швеція (2010).

Але більшість країн все ж ставляться негативно до цього питання, і законом забороняють такі дії. Україна теж входить в число таких країн.

Якими засадами керуються ті чи інші сторони?

Я вважаю, що країни-прибічники евтаназії керуються суто моральними почуттями – співчуттям, жалем, або ж економічними. Тобто, по-перше, якщо людина є безнадійною, то навіщо їй терпіти жахливі муки ще не зрозумілий період часу, коли можна все закінчити якомога раніше. А, по-друге, надаючи ті чи

інші медичні препарати одній людині, яка не має шансів на щасливе подальше життя, ми в той же час можемо позбавляти цього права людини, яка потребує таких же ліків, і на відміну від безнадійно хворих, може бути врятована.

Противники евтаназії, як на мене, вважають по-іншому і наводять також доволі переконливі аргументи. По-перше, наявність чітких релігійних установ: «Не вбий», «Любов до ближнього заради Бога». Моральна норма «Не вбий» вища будь-яких практичних та прагматичних установ людини. По-друге, життя – найвища цінність людства. За життя завжди потрібно боротися до останнього. Існує безліч випадків, коли життя хворому вдавалося врятувати на операційному столі, вивести його зі стану клінічної смерті. А тому при будь-яких обставинах ми маємо боротися до кінця. Але одна річ – гостре виникнення критичного стану, а інша – тяжкі, невиліковні хвороби, перебіг яких болісний і не залишає хворому жодної надії. При евтаназії можливі діагностичні помилки чи зловживання з боку медичного персоналу, членів сім'ї, людей, зацікавлених у припиненні життя того чи іншого пацієнта. До того ж, дозвіл на евтаназію може призвести до застою в розвитку медицини. Адже, маючи дозвіл, лікар може припинити шукати шляхи порятунку людини, не буде витрачати сили на пошук ефективного лікування.

Отже, питання про дозвіл евтаназії є вкрай суперечливим та складним. Воно ще дуже далеко від свого вирішення у зв'язку з відсутністю прийнятого біосоціального визначення життя. Головне запитання таке: що таке життя людини, чи має воно вищу цінність або вищою цінністю є відсутність страждання? У відповіді на це запитання потрібно абстрагуватися від сакральної точки зору, так і від переважно технологічної. Якщо відповідь на запитання, що таке життя, буде суто біологічною («життя є форма існування білкових тіл»), то не розв'язуються соціальні й моральні проблеми, якщо ж суто соціологічною, («життя людини є діяльність на благо суспільства»), то не розв'язуються біологічні і моральні проблеми. Але я схилиюся до того, щоб узаконити евтаназію в Україні. Але зробити це буде не просто: евтаназія не повинна стати інструментом маніпуляції в руках медичних чи політичних бюрократів. На наш погляд, насамперед необхідно створити спеціальні комісії чи комітети, які будуть розглядати той чи інший випадок. І це має стати обов'язковою умовою легалізації евтаназії, тому що з точки зору медичного працівника, так і з точки зору хворого – якщо дійсно людина приречена, то не потрібно терпіти страшні муки, а лікарю витрачати на нього свій час, який міг бути направлений на іншого пацієнта, що потребує негайної допомоги.

Якщо розглядати ситуацію в Україні, то як на мене, проблема евтаназії потребує, насамперед, кримінально-правової регламентації. Спочатку потрібно налагодити цю сферу в країні, адже необхідно провести певні дослідження в цій галузі, встановити покарання. На жаль, сучасне сприйняття рівня медичного обслуговування в Україні не викликає великої довіри в її населення. Добровільне прохання пацієнта може бути зумовлене шляхом тиску з боку зацікавлених осіб, що заважають отримувати кошти у спадок, або ж розвивати «чорну» торгівлю донорськими органами. Тому дане питання потребує розгляду на найвищому рівні – державному, тоді воно зможе бути імплементоване на рівні медицини.

Література:

1. Безаров О. Т. Евтаназія в контексті медичної практики (за результатами соціологічного опитування в м. Чернівці) // Буковинський медичний вісник. – 2005. – № 1. – С. 150–153.
2. Бэкон Ф. О достоинстве и приумножении наук / Ф. Бэкон // Бэкон Ф. Сочинения : В 2-х томах / Пер. сост., общ. ред. и вступ. ст. А. Л. Субботина. - М. : Мысль, 1977. - Т. 1. - 560 с.
3. Булеца С. Б. Право фізичної особи на життя та здоров'я (порівняльно-правовий аспект) [Текст] / С. Б. Булеца ; Ужгородський національний ун-т. - Ужгород: Поліграфцентр «Ліра», 2006. - 172 с.
4. Ворона В. А. Право на евтаназію як складова права людини на життя» / В.А.Ворона // Право України. – 2010. – №5. – С.199-205.
5. Запорожан В. М. Біоетика та біобезпека, національний підручник / В. М. Запорожан. В. Н. Аряєв. – Київ: Здоров'я. –2013. – С. 241-244.
6. Кучера Т. «Огляд найактуальніших проблем» / [Електронний ресурс]. – Режим доступу (від18.04.2019): <http://www.uk.x-pdf.ru/5fizika/1237281-4-udk-6081-129-1799-tetyana-kuchera-kandidat-filosofskih-nauk-docent-kafedri-filosofii-dvz-kiivskiy-nacionalniy-e.php>
7. Михалків І. М. Щодо проблеми легалізації евтаназії в країнах Європи // Міжнародний науковий журнал «Інтернаука». — 2018. — №10. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу (від18.04.2019): <https://www.inter-nauka.com/uploads/public/15277554622619.pdf>
8. Рапаєва М. В. Евтаназія у сучасному суспільстві та перспективи її доцільності в Україні / [Електронний ресурс]. – Режим доступу (від 18.04.2019): <http://www.pravoznavec.com.ua/period/article/65348/%CC>
9. Сенюта Л. До питання про евтаназію // Міжнародна науково-практична конференція «Динаміка наукових досліджень», (Дніпропетровськ - Дніпродзержинськ - Харків, 28 жовтня - 4 листопада 2002 р.). - Дніпропетровськ: Наука і світ, 2002. - С. 56-57.

Матвійчук Р. В.,

студент НМУ імені О. О. Богомольця,
[matveichuk.official@gmail.com](mailto:rmatveichuk.official@gmail.com)

Науковий керівник:

д. філос. н. *Шевченко С. Л.*,
проф. кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ВЗАЄМОДІЮВАНІСТЬ РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ У ЖИТТІ І ТВОРЧОСТІ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ

Загальновідомо, що споконвіку відносини релігії та медицини склалися досить напружено. Діаметрально протилежне підґрунтя не дозволяло знайти точок дотику у цих сферах. Досі можна зустріти прояви

конфліктів між церквою та медициною, які викликають багато питань з обох сторін.

У даній роботі ми розглянемо взаємодоповнюваність релігії та медицини на прикладі життя і творчості Святителя Луки в контексті аналізу його праць [1; 2; 4] та сучасних досліджень його творчості [3; 6].

«Тіло, будучи складено з багатьох, і до того ж неоднакових частин, які і самі складені з чотирьох стихій, коли занедужає, має потребу в різних ліках і притому складених з різних трав. А душа, навпаки, будучи нематеріальна, проста і нескладна, коли занедужає, одні ліки вилікують її – Дух Святий, Благодать Господа Ісуса Христа» [1], – наголошував В. Ф. Войно-Ясенецький. В земному світі неможлива абсолютна гармонія. І релігія не прагне до досягнення душевно-тілесної гармонії в її медичному розумінні як до вищої мети духовної практики. Навпаки, Церква осмислює терпляче страждання як шлях духовного зцілення. Але це не означає, що Церква проповідує самокатування! Навпаки, починаючи від Євангельського опису служіння Спасителя і до цього дня, Церква свідчить про безліч зцілень, в тому числі і від фізичних хвороб, аж до воскресіння з мертвих. До того ж християнин покликаний не тільки до особистого порятунку, але також до служіння світу і ближнього, яке вимагає сил і, зрозуміло, здоров'я. Так вважав і Святитель Лука, котрий безкоштовно проводив приватні прийоми та консультації ближнім своїм, надавав хворим моральну і психологічну підтримку, духовну втіху.

Церква ніколи не вітала відмов від лікування і зважала на медичну допомогу. Вона нагадувала й нагадує про те, що коріння хвороб, першопричини захворювань – завжди глибше їх фізіологічних приводів.

«Вирішивши присвятити своє життя Всевишньому, духовному, а не лише тілесному зціленню людей. У роки войовничого атеїзму і матеріалізму Владика Лука, незважаючи на численні арешти, тривалі роки заслань, гоніння, репресії з боку влади, послідовно відстоював чистоту Християнського Вірування» [3, с. 6]. Під час війни, коли брак кваліфікованих хірургів виявився особливо гострим, про нього згадали й призвали для роботи з пораненими. Він організовував госпіталі, учив лікарів, оперував; блискучий хірург, як і завжди раніше, він сполучав церковне служіння з хірургічною роботою в госпіталях. Іноді перед небезпечною операцією він проводив коротку службу в операційній.

Підтвердженням взаємодоповнюваності релігії та медичного мистецтва є і той факт, що багато лікарів, теоретики і практики, поєднували і поєднують в своїй особистості глибоку християнську віру і медичну діяльність. Яскраві приклади цього – прославлений архієпископ-хірург Лука (В. Ф. Войно-Ясенецький), погляди якого й сьогодні переосмислюють науковці, визнаючи, що лікар і пацієнт є духовними істотами, які «повинні сумісно направити долю страждаючої духовної людини. Тільки при такому розумінні вони знайдуть вірний шлях» [5, с. 353]. Це не тільки ще раз доводить спільність генетичних витоків, історичних взаємозв'язків релігії та медицини, а й значення християнської культурної і філософської традиції у духовному відродженні нашого суспільства, зокрема й у галузі медицини та охорони здоров'я.

Сьогодні багато лікарів, що працюють в самих різних областях медицини, являють собою образ гармонійного поєднання і взаємодоповнюваності

особистих християнських переконань і вірності обов'язку лікування хворих. У відомому соціальному проєкті Білоруської Православної Церкви – Будинку Милосердя в Мінську існує і досить динамічно розвивається Братство православних лікарів. Протягом останніх років в рамках традиційних Мінських єпархіальних читань розглядалися різні аспекти взаємодії Церкви з медичною наукою і практикою. Особливо широке поле спільної церковно-медичної діяльності відкривається в області лікування і профілактики психічних захворювань.

Може виникнути питання: чи є професійна перевага у лікаря, який є віруючим, перед його байдужими в духовному плані колегами? Звичайно, об'єктивної переваги немає. Хороший лікар – це завжди не тільки фахівець в своїй справі, а й людина, яка з особливою увагою та участю відноситься до пацієнта, а останнє не має прямого зв'язку з релігійними переконаннями.

І все ж певна відмінність безсумнівно присутня. Бо віруючий лікар, якщо він не тільки хороший фахівець, але і хороший християнин, полегшує страждання і докладає зусиль для того, щоб перемогти хворобу. Скальпель та молитви Войно-Ясенецького врятували життя багатьом пораненим бійцям. Його ставлення до хворого є глибшим і всеосяжним. Він бачить перспективу життя, над якою не владна фізична смерть. Він знає, що ставлення до лікування як до зовнішнього засобу, що дозволяє людині звільнитися від хвороби, немов від настирливої перешкоди або напасті, – егоїстичне і не може бути достатньою підставою для справжнього зцілення. Нарешті, він пам'ятає, що хвороба – це свого роду заклик до поглиблення духовного життя, до пошуку більш вірного життєвого шляху.

Отже, Валентин Феліксівич Войно-Ясенецький не тільки теоретично, а й практично, всім своїм життям довів сумісність релігії та медицини, віри в Бога та науку. Адже, як доводять сучасні дослідники його творчості: «В основі взаємодоповнюваності релігії та медицини Святителя Луки, лежить цілісний, інтегративний і, водночас, ціннісний, етичний підхід до людини, її життя та здоров'я, що відповідає сучасній методології філософської антропології, сучасній холистичній парадигмі медицини. Реалізація цього підходу в клінічній практиці проявляється в інтенціях і професійних діях лікаря, спрямованих на зцілення людини, тобто повернення її до цілісності як духовно-душевно-тілесного творіння. Це потребує індивідуального підходу лікаря до пацієнта на основі гуманістичних цінностей і моральних норм, історично притаманних медичній етиці. Лікар повинен бути особистістю, здатною не тільки зрозуміти пацієнта, але й відчутти його, «прийняти в себе» як людину, що страждає і потребує допомоги» [3, с. 8].

Література:

1. Архієпископ Лука (Войно-Ясенецький) «Про дух, душу і тіло» (рос.). – Брюссель: «Життя з Богом», 2014.
2. Архієпископ Лука (Войно-Ясенецький). Я полюбив страждання... (автобіографічні нотатки, рос.). – М.: Сибирская Благовонница, 2017. – 256 с.

3. Васильєва І. В. «Філософія релігії та медицини Святителя Луки (В.Ф. Войно-Ясенецького)» // Вісник НАУ. Серія: Філософія. Культурологія. – 2018. – № 1 (27). – С. 5-9.
4. Войно-Ясенецький В. Ф. (Архієпископ Лука). «Нариси гнійної хірургії» (Очерки гнойной хирургии). – М.: Біном, 2016. – 720 с.
5. Ильин И. А. Путь к очевидности. – М.: Республика, 1993. – 431 с.
6. Мозгова Н. Г. Київська духовна академія 1819-1920: філософський спадок / Н.Г. Мозгова – К.: Книга, 2014. – 320 с.

Нємцева М. О.,
студентка НМУ імені О. О.Богомольця,
nemtsevamarianna@gmail.com

Науковий керівник:
д. філос. н. *Шевченко С. Л.*,
проф. кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О.Богомольця

РОЛЬ РЕЛІГІЇ В ПРОФЕСІЙНОМУ НАВЧАННІ СТУДЕНТІВ – МЕДИКІВ

Питання місця релігії в сучасному світі є одним із найгостріших на тлі активного формування нових релігійних течій та нестабільного положення головних світових релігій. Тому, роль релігійного аспекту в навчанні та професійно-етичному формуванні особистості інтелектуальної молоді на сучасному етапі становлення суспільства залишається невирішеним. Особливо актуальним є питання про місце релігійного виховання у професійному навчанні студентів медичних університетів, що має особливу специфіку і де студенти потребують особливої морально-етичної підготовки для праці з хворими.

Кожна людина є поєднанням певних унікальних особистих і масових, притаманних певному суспільству рис. Гармонійне поєднання цих двох аспектів є запорукою формування покоління свідомих молодих людей, з гармонійним розвитком особистого та професійного. Тому, цей принцип важливо зберігати в підготовці майбутніх спеціалістів не тільки медичних, але і будь-яких галузей. Лікарська ментальність не є вродженим феноменом, проте набувається в процесі навчання та праці і саме через це важливо скласти навчальну програму так, щоб морально-етичні принципи (гуманність, терпимість, справедливість) поступово впливали на світогляд майбутніх лікарів [1].

Останнім часом проводилась низка досліджень, які зачіпали аспект впливу релігії на становлення лікарів під час навчання. На думку деяких дослідників, сучасна система медичної освіти не розвиває засад гуманності та співчуття належним чином, що призводить до швидкого формування цинізму в студентів та швидкого професійного вигорання. Припускають, що це відбувається через невміння налагодити емоційний зв'язок із хворими та через надмірний суспільний тиск, з яким студенти психологічно не готові

стикатися. Крім того доволі часто не складаються дружні стосунки в колективі, відчувається тиск старших членів колективу (медична ієрархія), до того ж певний вплив привносить і орієнтованість сучасної медицини першочергово на ефективність та постійну конкуренцію кожного з лікарів в лікуванні пацієнтів [3]. Сучасні дослідники даної проблеми [2, 3, 4] пропонують вирішувати цю проблему засобами релігійного впливу, а саме додаючи духовний аспект у виховання майбутніх лікарів. Так, наводяться данні про ефективність використання релігійних вчень, незалежно від їх конкретного характеру, як засобів позитивного впливу на наступні навички взаємодії з хворими: релігійні студенти краще витримують емоційний стрес при зтиканні зі смертю та стражданнями хворих, щиріше співчують, краще витримують баланс між роботою та особистим життям, менше конфліктують в колективі. Проте, серед віруючих студентів спостерігається підвищена невпевненість в собі та своїй професії. Цей факт пояснюється частим неспівпадінням релігійних морально-етичних цінностей із сучасним розвитком медичної справи з переважанням відчуженого ставлення до хворого та пріоритетом кар'єрного та фінансового питань. Через це такі студенти гостріше відчувають свою невідповідність критеріям медичної спільноти, що теж призводить до депресивних та апатичних станів.

Проте відомо, що під час медичної освіти, особливо під час навчання, пов'язаного з комунікацією з хворими, нерелігійні студенти починають певною мірою звертатися до віри саме для подолання невпевненості в своєму виборі [4]. Студенти починають формувати в своїй практиці принципи служіння людству як першочергового, релігія допомагає їм сприймати лікування пацієнта не просто як набір відповідних дій, але як цілісну високоетичну справу. Важливим виховним аспектом релігії є її можливість допомогти лікарю зняти з себе певну частину відповідальності за життя пацієнта, адже не в усіх ситуаціях лікар має змогу врятувати хворого. Віра в душевне переродження та вічне життя душі допомагає лікарю краще витримувати нещасні випадки в лікуванні тощо.

Бачимо, що вплив релігії на становлення особистості студента-медика є значним і переважно позитивним. Тому, важливим в навчанні студентів вбачається запровадження такої дисципліни як біоетика [1; 3]. Саме біоетика виробляє в студента вміння застосовувати моральні засади релігійності та правильне ставлення до різних конфесій пацієнтів і колег. Особливо доцільним є застосування релігійних вчень в лікуванні психічно хворих людей: більшість з них набагато краще взаємодіють з віруючими лікарями, що значно прискорює терапію та одужання [2].

Таким чином, релігія, незважаючи на можливий небажаний вплив (створення невпевненості в собі та складність з відповідністю вимогам сучасної медицини), залишається доцільною частиною медичної освіти, адже сприяє формуванню в студента таких необхідних для майбутнього лікаря рис як співчуття, милосердя, готовність до самовідданої праці, емоційну стійкість та вміння гармонійно поєднувати професійне і особисте. Так, релігія є потужною мірою від професійного вигорання, яке часто трапляється в студентів під тиском високої відповідальності та стресовості навчання.

Література

1. Агеева Н. А. Менталитет врача в контексте гуманизации высшего образования // *Universum: Медицина и фармакология: электрон. научн. журн.*, 2014. – № 4 (5).
2. Balboni M, Bandini J. Religion, Spirituality, and the Hidden Curriculum: Medical Student and Faculty Reflections, - *Journal of Pain and Symptom Management*, 2015. – No.50 (4). – Pp. 507-515.
3. Gattari T., Arfken C., Morreale M. Perspectives of Religion and Spirituality in Psychiatry: a Comparison of Students, Residents, and Attending Physicians. – *Academic Psychiatry*, 2017, 42 (1). – Pp. 176-178.
4. Ray C., Wyatt T. R. Religion and Spirituality as a Cultural Asset in Medical Students // *Journal of Religion and Health.*– 2018. – No. 57(3). – Pp. 1062-1073.

Садова А. В.,
студентка НМУ імені О. О. Богомольця,
avsadovay01@gmail.com

Науковий керівник:
д. філос. н. *Шевченко С. Л.*,
проф. кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ЗНАЧЕННЯ ТА РОЛЬ ДУХОВНОЇ ТУРБОТИ В ПАЛІАТИВНІЙ МЕДИЦИНІ

Щорічно осіб, що потребують паліативної допомоги в Україні не менше 1,5 млн. Вони потребують не лише медичної, але й соціальної, психологічної та духовної підтримки. На жаль в нашій державі особи, які потребують такої допомоги, мають надто обмежений доступ до неї, про що наголошують сучасні дослідники даної проблеми [1 – 4].

В Україні немає розвиненої системи паліативної допомоги, яка б відповідала світовим стандартам, що призводить до порушення основних прав людини. В деяких областях України створені хоспіси – спеціальні медичні установи для допомоги невиліковно хворим людям, – але це одиничні острівки, відстань між якими дуже велика. Саме поняття «паліативна допомога» – дуже абстрактне поняття навіть для медичних працівників, адже більшість з них пов'язує її з хоспісами. Але переважна кількість пацієнтів, котрим потрібна паліативна допомога, хочуть знаходитися і знаходяться в себе вдома [10].

За даними національних та міжнародних експертів, в Україні близько 500 тисяч хворих щороку потребують паліативної та хоспісної допомоги, зокрема, дорослих і дітей [9].

Також, за останніми оцінками, орієнтовна необхідність надання паліативної допомоги вдома складає на рік більше ніж 600 000 пацієнтів з хворобами різного

профілю, які щоденно потребують спеціалізованої медичної допомоги, у тому числі із застосуванням високоефективних опіоїдних анальгетиків, серед яких близько 80-ти тисяч онкологічних хворих з важким синдромом хронічного болю. На жаль, служба виїзних бригад паліативної та хоспісної допомоги вдома практично відсутня. Через це більшість пацієнтів, які потребують паліативної та хоспісної допомоги, помирають вдома наодинці, страждаючи від болю, депресії, інших симптомів важких захворювань, за відсутності необхідного знеболення, професійного догляду, соціально-психологічної допомоги [5].

Метою даної розвідки є привернення уваги суспільства до потреби надання паліативної та хоспісної допомоги людям, які зіткнулися з проблемою важкого, невиліковного захворювання, показати роль медичної сестри в паліативній медицині та значення лікаря і як духовного помічника.

Робота в сфері паліативної та хоспісної допомоги постійно пов'язана з проблемами та стресами. Стреси від роботи з пацієнтами, організаційні вимоги та управління доглядом можуть привести до розвитку симптомів стресу та вигорання, які проявляються як на роботі, так і вдома. Найбільш уразливі до професійного «вигорання» лікарі, психологи і соціальні працівники, тому що занурюючись у проблеми та хвороби своїх пацієнтів, вони ризикують виявитися залученими до них [9].

Наприклад, медичні працівники, які працюють в закладах паліативної допомоги, демонструють ознаки професійного стресу у вигляді підкресленого іронічного світосприйняття, песимізму, зниження здатності до інтегрованості поведінки в стресових ситуаціях. У медичних працівників подекуди спостерігались ознаки професійних та особистісних деформацій (підсвідома звичка вимірювати оточуючий світ професійними стандартами, давати поради, діагностувати та лікувати поза межами робочого місця). Соціальні працівники хоспісів, які зазнали впливу професійного стресу відзначали, що часто не могли стримати емоційні реакції (сльози, глибокий сум) під час спілкування з пацієнтами, що негативно позначалось на результатах роботи і тим самим посилювало наслідки емоційного вигорання. Як наслідок тривалого перебування поряд з людьми, які страждають та потерпають від болю, в роботі соціальних та медичних працівників хоспісів нерідко помічають не лише депресивні та пригнічені реакції, а й дратівливість, агресію по відношенню до пацієнтів [9].

Сьогодні роль медичної сестри в паліативній медицині дуже відповідальна, тому що сестра має інтенсивний контакт із хворим і його родиною і виконує найбільший обсяг роботи. У багатьох західноєвропейських хоспісах медична сестра є головним координатором дій у команді та центральною особою, що приймає рішення щодо догляду.

Для того щоб глибше зрозуміти філософію паліативної допомоги, варто навести визначення ролі медсестри, даного англійським фахівцем Вірджинією Хендерсон: «Унікальна роль медсестри полягає в допомозі людині – хворій або здоровій – і зводиться до підтримання здоров'я, або його відновлення, або сприяння мирній смерті і тому, що людина могла б зробити сама, без сторонньої допомоги, яки у нього були необхідні сили, воля і знання» [Цит. за: 8].

Звичайно, для медсестри, що спеціалізується на наданні паліативної допомоги, найсуттєвішою є третя складова її професії – догляд за хворим у

процесі його вмирання.

Основні функції медичної сестри:

- 1) визначення проблем пацієнта;
- 2) загальний догляд;
- 3) контроль симптомів: виконання призначень лікаря й прийняття самостійних рішень щодо окремих симптомів;
- 4) психологічна і соціальна підтримка пацієнта і його близьких;
- 5) навчання пацієнта і членів його родини.

Щодо сім'ї такого пацієнта необхідно акцентувати увагу на профілактичному аспекті професії медсестри. Надання родичам хворого емоційної і практичної підтримки, навчання основам догляду, роз'яснення планів лікування і змін, що відбуваються в стані пацієнта, підтримання у близьких впевненості, що з хворим поведуться якнайкраще – усе це пом'якшує тяжкість стресу, у якому перебувають родичі, і запобігає їх підвищеній захворюваності в період втрати [8].

Особливість стосунків хворого, його сім'ї і медичного персоналу в галузі паліативної медицини полягає в тому, що вони базуються на принципах взаємної співпраці. З хворим і його близькими обговорюються можливі варіанти лікування і догляду, рішення про ухвалення найприйнятніших з них приймаються спільно. Медичний патерналізм («Ми фахівці і ми знаємо краще») або надання хворому повної самостійності в ухваленні рішень («Це Ваше Здоров'я, Вам і вирішувати») недопустимі [8].

Діяльність медсестри, що сприяє одужанню пацієнта, в паліативній галузі представлена мінімально, але завжди треба пам'ятати, що в світовій медичній літературі описана значна кількість випадків спонтанного зцілення, коли хворий з термінальною стадією онкологічного захворювання раптом одужує навіть без отримання протипухлинного лікування [6].

Психологічна допомога в хоспісі поділяється на три основних напрямки:

- робота з хворими;
- робота з родичами:
 - під час хвороби;
 - після смерті пацієнта;
- робота з персоналом хоспісу.

Робота з хворими. У термінальних хворих зростає або знову з'являється потреба в підтвердженні їхньої значущості, любові, прощенні й примиренні з самими собою, з тими, хто їх оточує, і Богом, у розумінні сенсу життя та смерті. Багато пацієнтів потребують духовної допомоги [8].

Одним з важливих розділів психологічної підтримки хворих є невербальна психотерапія, особливо фізичний контакт. Дуже часто саме тримання за руку, дотик допомогли побудувати близький емоційний контакт із хворими, які вважають себе заразними. Необхідно зупинитися на чиннику присутності й часу. Відчуття самотності у хворого буває яскраво вираженим, тому найбільше, що можна дати пацієнтові в даному разі, – це наша присутність і наш час. Для хворих у стадії депресії це дуже важливий психотерапевтичний момент (особливо мовчання) [8].

Мета індивідуальної психотерапії – допомогти людині знайти сенс життя,

розділити його самотність, підтримати, допомогти хворому усвідомити свої тілесні, душевні, духовні потреби [8].

Робота з родичами під час хвороби їхнього близького. Турбота про родичів є важливою складовою турботи про вмираючого. Допомога родичам під час хвороби їхнього близького полягає в підтримці, підбадьорюванні, за потреби – навчанні прийомам догляду за хворим, у забезпеченні інформацією про особливості перебігу захворювання в термінальний період, про потреби хворого, способи їх задоволення [6; 7].

Робота з родичами після смерті хворого. Після втрати близького родичі особливо потребують психологічної підтримки. Велику психотерапевтичну дію справляють такі моменти: участь у поминаннях колишнього пацієнта, телефонні дзвінки з вираженням співчуття, листівки зі співчуттям, відвідини родичів удома, проведення груп підтримки або тематичних зустрічей для родичів. Такі зустрічі проводять один раз на 3 місяці, вони мають неформальний характер і присвячені певній темі; на них присутні й працівники хоспісу. Ці зустрічі дають змогу проявити свої стримувані, а деколи і неусвідомлювані відчуття суму й печалі [6; 7].

Робота з персоналом хоспісу. У хоспісі працюють люди, що бажають допомогти та полегшити чуже горе. Працівники хоспісу розвиваються (психологічно й духовно) і змінюються в процесі роботи з вмираючими людьми. Відбувається природний відбір кадрів, а ті, хто залишаються, стають висококваліфікованими фахівцями.

Психологічна допомога персоналу передбачає такі елементи:

- просвітницьку роботу (на заняттях співробітники хоспісу вивчають основи психологічних знань);
- ознайомлення під час індивідуальних бесід з психологічними особливостями конкретних пацієнтів і тактикою їхнього поводження на певному етапі;
- багато працівників хоспісу є віруючими людьми й використовують своє духовне життя (відвідування церкви, читання Біблії, молитва) як джерело сили, надії і любові;
- для запобігання розвитку синдрому згорання і підтримки стомлених співробітників розроблено систему надання годин відпочинку з метою переключити їх на інший вид діяльності [6; 7].

Отже, духовна турбота в паліативній допомозі є надзвичайно вагомою. Пацієнти перед лицем смерті потребують поєднання людської та християнської опіки, щоб пережити свої останні хвилини у гідності і спокої, поважаючи та звеличуючи життя. Медичні працівники в хоспісах потребують постійної роботи психолога або священика. Також, найдоцільнішим є розвиток, психологічної роботи в хоспісі за цими трьома напрямками.

Література

1. Білик Л. В. Професійна підготовка студентів-медиків до догляду за хворими із синдромом хронічного болю // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи. – Випуск 60, 2018. – С. 48-52.
2. Духовна роль в паліативній медицині. Паліативна допомога і церква в

- Україні / [Електронний ресурс]. – Режим доступу (від 02.05.2019): http://urc.lviv.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=180:2011-04-21-21-44-23&catid=5:2011-02-09-21-01-23
3. Коваль М. І. Контрміра евтаназії – паліативне лікування // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2015. – № 3 (65). – С. 54-58.
 4. Лінніков С. В. Паліативна медицина як ключова ланка реформування системи медичної допомоги в Україні // Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління. – 2015. – Том 14. Вип. 3 (31). – С. 218 – 228.
 5. Матеріали всеукраїнської науково практичної конференції «Соціальна політика щодо невиліковно хворих» / [Електронний ресурс]. – Режим доступу (від 02.05.2019): <http://www.sau.kiev.ua/docs/20130327/add.pdf>
 6. Миллионщикова В. В. (отв. ред.), Лопанов П. Н., Полишкіс С. А.. Хосписы. Сборник материалов. Литературный обзор. Рекомендательные, информационные и справочные материалы. – Москва: Первый московский хоспис, 2002. – 358 с.
 7. Основи психології та міжособового спілкування / Програма для ВМ(Ф) НЗ I-III р. а. за спеціальністю 5.12010102 «Сестринська справа» / Укладачі Бразалій Л. П. та ін. - К., 2011.
 8. Роль медичної сестри в паліативній допомозі [Електронний ресурс]. – Режим доступу (від 02.05.2019): https://studopedia.com.ua/1_178279_rol-medichnoi-sestri-v-paliativnij-dopomoz.html
 9. Роль пастиря у сфері паліативної допомоги [Електронний ресурс]. – Режим доступу (від 02.05.2019): <http://kyiv-pravosl.info/2016/11/08/rol-pastyru-u-sferi-paliativnoji-dopomohy/>
 10. Соціальна політика щодо тяжкохворих (невиліковних) / [Електронний ресурс]. – Режим доступу (від 02.05.2019): <http://uisr.org.ua/img/upload/files/Mat-konf113.pdf>

Струкова М. В.,
студентка НМУ імені О.О.Богомольця,
margostrukova2@gmail.com

Науковий керівник:
д. філос. н. **Шевченко С. Л.**,
проф. кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О.О.Богомольця

РЕЛІГІЯ ЯК МОРАЛЬНИЙ ТА ЕТИЧНИЙ ЗАПОБІЖНИК СВІТОГЛЯДУ СУЧАСНОГО ЛІКАРЯ

Ще з давніх часів так склалося, що саме релігія стала основою для медицини, адже мала на меті допомогти тим, хто цього потребує. Та на сьогоднішній день під впливом секуляризаційних процесів люди все частіше

зрікаються цієї віри, що зазвичай регулювала межі дозволеного. Достоевський казав, що «якщо нема Бога, то все дозволено». Хто ж тоді стане носієм морального імперативу?

Особливістю сучасного інтелектуального життя є співіснування різних, часом протилежних, морально-світоглядних орієнтацій. У цих умовах питання про морально-етичну самосвідомість лікаря набуває особливої гостроти. Нові реалії сучасної медичної науки і практики – реаніматологія, трансплантологія, медична генетика, штучне запліднення, виходячи на нові рівні впливу і управління людським життям, стикаються і вступають у протиріччя з традиційними морально-світоглядними принципами. Наприклад, чи має моральне право лікар-реаніматолог продовжувати процес вмирання або здійснювати умертвіння в ситуаціях безнадійного стану хворого? Наскільки потрібна організація медичного умертвіння для трансплантологічної практики? Адже в цих умовах лікар звільняється не тільки від основної медичної заборони «не нашкодь», але і від основної загальнолюдської моральної заповіді «не убий» [4].

Мета медицини – допомогти людині вирішити деякі з її екзистенціальних проблем, а саме ті з них, що зазвичай називають хворобами. Лікар, який стверджує, що тривога завжди патологічна, не може заперечувати, що потенційно хвороба присутня в самій природі людини. Він повинен пояснити, чому в кожній людині є сумнів і вина. Але медицина не може допомогти людині без постійної взаємодії з іншими областями знання. Теологія і медицина неминуче слідували за філософією, часом свідомо, часом – ні. Слідуючи за філософією, вони зближуються одна з одною, нехай навіть в своєму розумінні людини вони рухаються в протилежних напрямках

Внаслідок цього можна вивести низку принципів, які допоможуть у спільній роботі теологів і лікарів, що мають справу з тривоگوю. Ось основний принцип: екзистенціальна тривога в своїх трьох головних формах не стосується лікаря в його «якості» лікаря, хоча він повинен мати про неї чітке уявлення; і навпаки, невротична тривога у всіх своїх формах не стосується пастора в його «якості» пастора, хоча він повинен мати про неї чітке уявлення. Не можна сказати, що лікар або священник діє тільки строго у відповідності зі своєю професійною функцією: пастор може виявитися цілителем, а психотерапевт – духівником. Їх спільне завдання – допомогти людям досягти повного самоствердження [5].

Стосунки між лікарем і пацієнтом повинні бути не лише суто наукові, а й мають включати в себе співчуття, повагу, бажання допомогти та полегшити страждання хворого. Митрополит Антоній Сурожський, який у минулому був лікарем, відмітив ще один «не сучасний» підхід – готовність дати людині померти. Із Біблії ми знаємо, що душа безсмертна. Тож митрополит наставляє, що потрібно готувати людей не до смерті, а до вічного життя [3].

На сьогоднішній день усе частіше запроваджують нові технології та методики, що мають на меті допомогти людям. Чому, на перший погляд, благі наміри гуманістичної науки обертаються на обурливі та кричущі свідчення безлюдності?

Наприклад, у Китаї народилися двоє близнят із редагованим геномом. Дану процедуру провів вчений Хе Цзянкуй, вважаючи, що таким чином він

зможе допомогти населенню вилікуватися від ВІЛ-інфекції. Здавалося б, що цей дослід є благородним та чи є правильним рішення вносити зміни до геному людини саме з точки зору релігії та біоетики? Чи зберігається індивідуальність при процедурі зміни ДНК? І до яких наслідків може призвести неконтрольоване проведення експериментів із геномом? [2]

Темною сторінкою в історії медицини США став експеримент із дослідженням попередження зараження сифілісом при впливі на організм пеніциліну. Лікарі вирішили, що доцільним буде заражати здорових людей. Значній частині хворих лікування так і не надали, а більшість інформації про експеримент було знищено. У даній ситуації постає питання: чи маємо ми право розпоряджатися життями інших заради науки? [1]

Задля того, щоб попередити випадки неконтрольованих експериментів у кожної людини повинні бути певні морально-етичні цінності. Хоч і можна прослідкувати певний взаємозв'язок між євангельськими чудесами та сьогоденними технологіями, як «зцілення», «оживлення» і розвинуті реанімаційні методики, але жорстокі засоби, що використовуються у сучасному світі, не варті своєї мети.

У сучасному суспільстві людство стоїть перед надлюдським, змаганням між злом і добром, між смертю і життям. В епоху революційних досягнень у світі повинен бути моральний імператив, що визначав би правильність наших дій.

Тож біологія духовності застерігає молодь перед загрозами для життя, які часто проявляються як егоїстичні задоволення або бажання досягти жаданого. Релігія здатна вдосконалювати людство, охороняти моральні права кожного у зв'язку з досягненнями сучасної науки (особливо молекулярної генетики, генетичної інженерії, розшифрування геному людини і тварин). Вона прагне визначити межі медичного втручання людини у таємницю створення самої людини та застерегти від необачних та поспішних експериментів, а також обґрунтувати морально-етичну вартість медичних діянь.

Література:

1. Ермаченко А. 7 самых жестоких научных экспериментов на людях / [Електроний ресурс]. – Режим доступу (від 22.04.2019): <https://42.tut.by/536780?crnd=66384>
2. Миронов В. Отредактированные младенцы: в Китае родились первые в мире близнецы с искусственно изменённым геномом / [Електроний ресурс]. – Режим доступу (від 22.04.2019): <https://russian.rt.com/science/article/576894-kitai-geneticheskoe-redaktirovanie-deti>
3. Митрополит Антоний Сурожский Человек перед Богом. – М.: Практика, 2006. – 348 с.
4. Силуянова И. В. «Современная медицина и Православие» / [Електроний ресурс]. – Режим доступу (від 22.04.2019): <https://lib.pravmir.ru/library/book/2204>
5. Тиллих П. Избранное: Теология культуры [Пер. с англ.]. – М.: Юрист, 1995. – 479 с.

Шваб М. І.,
студент НМУ імені О.О.Богомольця,
shvab_23@ukr.net

Науковий керівник:
д. філос. н. *Шевченко С. Л.*,
проф. кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ В СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

У сучасному світі релігія займає важливе місце в суспільному житті, впливаючи на різні напрями науки, в тому числі й на медицину. Релігійні канони регламентують різні сфери нашого життя. Тому актуальним є дослідження особливостей взаємозв'язку релігії та медицини в сучасному суспільстві. В даній розвідці ми й спробуємо провести теоретичний аналіз впливу релігії на лікарську діяльність, здоров'я особи та суспільства.

У всі часи медицина й релігія були взаємопов'язані між собою, перебуваючи біля витоків життя і смерті. Церква з великою повагою ставиться до лікарської справи, бо в основі цієї справи лежить служіння, покликане запобігати людським стражданням і полегшувати їх. Зцілення хворої людини постає як здійснення замислу Божого про неї.

У Старому Заповіті, а саме в Книзі Ісуса сина Сираха, найповніше розкрито біблійне ставлення до медицини: «Шануй лікаря честю через потребу в ньому, бо Господь створив його, і від Вишнього зцілення... Господь створив з землі ліки... Для того Він і дав людям знання, щоб прославляли Його в дивних ділах Його: ними він лікує людину і знищує хворобу її. Той, хто виготовляє ліки, робить з них суміш, і справа його не закінчується, і через нього буває добро на землі. Сину мій! У хворобі твоїй не будь зневажливим, але молись Господу, і Він зцілить тебе. Кинь гріховне життя і виправ руки свої, і від усякого гріха очисти серце... І дай місце лікарю, бо і його створив Господь, і нехай не відходить він від тебе, бо він потрібен. Інколи в його руках буває успіх. Бо і вони моляться Господу, щоб Він допоміг їм подати хворому полегшення і зцілення для продовження життя» (Сір. 38, 1-2, 4,6-10, 12-14) [4].

Діяльність Церкви завжди була спрямована на проповідь тим, хто страждає, і тим, хто пікується про них. Це становить суть духовного опікування в медичній галузі. Дуже важливим є ознайомлення медичних працівників з основами православної етики й віровчення через священнослужителів та вірних чад Церкви, створення в лікарнях молитовної атмосфери, надання пацієнтам духовної підтримки. Віруючий лікар повинен розуміти, що пацієнт чекає від нього не лише відповідного фізичного лікування, а й моральної допомоги.

З історії ми дізнаємося про ранні етапи взаємозв'язку релігії та медицини: будувалися лікарні при монастирях, зокрема при Києво-Печерській Лаврі, розвивалися братства та сестринства милосердя, розвивалися храми при лікувально-профілактичних закладах, здійснювалося духовне опікування

священиками армії в госпіталях.

В ході дослідження православного ставлення до питань охорони здоров'я, а також медицини до питань духовного життя, було з'ясовано низку складових філософської і соціальної основ взаємозв'язку релігії та медицини:

1. Релігія й медицина мають спільний об'єкт пізнання – людину. Вони обоє визнають наявність фізичної й духовної складових людської особистості. Відношення до здоров'я людини, як до комплексного поняття, включає і фізичні, і психологічні аспекти.

2. Медицина й релігія мають певні межі компетенції у своєму ставленні до здоров'я людини. Завдання медицини – лікування фізичних захворювань та психологічних розладів, завдання Церкви – лікування духовних складових особистості.

3. Взаємодія релігії і лікарської справи визначається їх взаємним доповненням одна одної. Проте існують деякі розбіжності в ставленні Церкви до питань сучасної медицини:

– з давніх часів Церква розглядає аборт як тяжкий гріх. Релігійні канони прирівнюють навмисне переривання вагітності до вбивства. Це пояснюється тим, що душа в зародка з'являється з моменту запліднення і є даром Божим. Крім того, аборт становить серйозну проблему здоров'ю матері;

– релігія забороняє клонування людини, проте клонування окремих клітин і тканин організму не є замахом на індивідуальність особи і може бути корисною у медичній практиці;

– Церква негативно ставиться до евтаназії, яка розцінюється релігійними канонами як форма вбивства або самогубства. А навмисне самогубство, як і надання допомоги в його здійсненні, є тяжким гріхом. Визнання законності евтаназії призведе до зневажання професійного обов'язку лікаря, покликаного до збереження, а не припинення життя;

– використання засобів контрацепції, які штучно переривають життя ембріона на ранніх стадіях, прирівнюється до гріха аборту [5].

4. З релігійних поглядів, реанімація – відголосок на практиці спасіння людської душі Богом через лікаря, який застосовує комплекс заходів, спрямованих на відновлення втрачених життєво важливих функцій організму людини та повернення її до свідомості [2].

5. Спільним завданням релігії й медицини є боротьба проти наркоманії, алкоголізму та куріння, які стають причинами духовних та фізичних хвороб не тільки окремої людини, а й усього суспільства. Церква пропонує таким людям свою духовну підтримку шляхом свідомого залучення до церковного та євхаристичного життя, а медицина надає відповідну допомогу та реабілітацію на гострих стадіях залежності.

Про взаємозв'язок релігії та медицини свідчить той факт, що багато представників лікарської справи канонізовані Церквою і приєднані до сонму святих. У православному світі відомі преподобний Агапіт Печерський, св. великомученик Пантелеймон, свт. Лука (В. Ф. Войно-Ясенецький), а в католицизмі – св. Джузеппе Москаті (італійський лікар, науковець, професор університету). Зокрема святитель Лука, наш сучасник, на власному прикладі довів, що релігія та медицина нерозривно пов'язані, поєднавши служіння

Богу і лікарську справу. Доктор медичних наук Валентин Феліксівич Войно-Ясенецький став священником і, незважаючи на страхіття більшовицького режиму та гоніння, не відступив від Бога. Більше того, свій земний шлях завершив під іменем архієпископа Сімферопольського і Кримського Луки [3].

За декілька тисяч років до нашої ери один з постулатів стародавньої іранської медицини говорив: «Три знаряддя є в лікаря: слово, рослина, ніж». Підготовка лікаря має включати не тільки професійні навички, але й формування його як особистості з боку етики, адже «слово» завжди відіграло одну з найважливіших ролей в лікарській професії. У вустах умілого лікаря «слово» лікує, у недбалого – раниць [6].

Вплив душевного стану на здоров'я людини описаний в Аюрведі – стародавній системі лікування, яка практикується й досі в Індії. Вчення Аюрведи побудоване на чотирьох складових: тіло, душа, розум, почуття. Аюрведа розглядає питання про психологічну причину хвороб і стверджує, що придушення емоцій загрожує захворюваннями [1].

Отже, релігія й медицина взаємопов'язані між собою. Це проявляється у взаємному доповненні одна одної у ставленні до здоров'я людини, як до поєднання фізичного та духовного аспектів, у висловленні погляду Церкви на конкретну медичну чи біоетичну проблеми. Особливостями взаємозв'язку Церкви й медицини в сучасному суспільстві є створення храмів при лікарнях, просвітня діяльність священників у медичних закладах, співпраця лікарів і служителів Церкви при боротьбі з деякими фізичними та психологічними захворюваннями.

Література:

1. Аюрведа. Фармацевтична енциклопедія / [Електронний ресурс] – Режим доступу (від 03.05.2019): <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/2945/ayurveda>
2. «Грех, болезнь, исцеление». Иеромонах Анатолий (Берестов). М., 2000.
3. Марущак В., протодіакон. Святитель-хирург. Житие архиепископа Луки (Войно-Ясенецкого). М.: Даниловский благовестник, 2007. – 412 с.
4. Святе Письмо. Старий Завіт. Ісус син Сираха / [Електронний ресурс]. – Режим доступу (від 24.04.2019): <http://osbm-buchach.org.ua/Bibliya/Syraha.html>
5. Соціальна концепція Української Православної Церкви: глава XI «Здоров'я особи й народу», глава XII «Проблеми біоетики» / [Електронний ресурс]. – Режим доступу (від 24.04.2019): <http://orthodox.org.ua/page/sotsialna-kontseptsiya>
6. Філоненко М.М. Психологія спілкування: Підручник / М.М. Філоненко. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – С. 144.

Автори матеріалів:

1. **Алексєєнко Алла Петрівна**, доктор філософських наук, професор, професор кафедри філософії Харківського національного медичного університету, м. Харків.
2. **Ангел Грънчаров**, директор на Центъра за развитие на личността "HUMANUS", Пловдив, България.
3. **Беднарчик Тарас Романович**, доцент кафедри філософії та суспільних наук Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, кандидат філософських наук; **Беднарчик Мирослава Вікторівна**, викладач вищої категорії Вінницького медичного коледжу імені акад. Д.К. Заболотного, м. Вінниця.
4. **Білецька Лідія Вікентіївна**, кандидат філософських наук, старший викладач кафедри філософії, біоетики та історії медицини Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
5. **Білозор Дмитро Володимирович**, кандидат філософських наук, доцент кафедри філософії, біоетики та історії медицини Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
6. **Біляков Андрій Миколайович**, доктор медичних наук, доцент, професор кафедри судової медицини та медичного права Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
7. **Бондажевська Людмила Сергіївна**, кандидат філософських наук, старший викладач кафедри філософії, біоетики та історії медицини Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
8. **Бучма Олег Васильович**, кандидат філософських наук, старший науковий співробітник Відділення релігієзнавства Інституту філософії імені Г. С. Сковороди НАН України, м. Київ.
9. **Васильєва Ірина Василівна**, доктор філософських наук, професор, завідувач кафедри філософії, біоетики та історії медицини Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
10. **Васюк Ірина Василівна**, пошукач кафедри філософії, біоетики та історії медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, м. Київ.
11. **Величко Олена Борисівна**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри україністики Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
12. **Вергелес Костянтин Миколайович**, доктор філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії та суспільних наук Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця.
13. **Вячеславова Олена Анатоліївна**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії, біоетики та історії медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, м. Київ.
14. **Гололобова Катерина Олександрівна**, кандидат філософських наук, доцент кафедри філософії, біоетики та історії медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, м. Київ.
15. **Гудима Ігор Петрович**, доктор філософських наук, доцент, доцент

кафедри мовних та гуманітарних дисциплін Донецького національного медичного університету, м. Кропивницький.

16. **Давидова Олена Ігорівна**, викладач кафедри української і російської мови Донецького національного медичного університету, м. Кропивницький.
17. **Дзевульська Ірина Вікторівна**, доктор медичних наук, професор кафедри анатомії людини Національного медичного університету імені О. О. Богомольця; **Маліков Олександр Вячеславович**, кандидат медичних наук, доцент кафедри анатомії людини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця
18. **Жила Анатолій Володимирович**, **Таран Віра Василівна**, кандидати медичних наук, доценти, доценти кафедри менеджменту охорони здоров'я Інституту післядипломної освіти, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця; **Гай Олена Анатоліївна**, лікар дермато-венеролог, косметологічний салон "Златко"; **Студенко Ганна Анатоліївна**, лікар-терапевт, менеджер фармацевтичної компанії "Mylon", м. Київ.
19. **Ігнат'єв Віталій Аркадійович**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри мовних та гуманітарних дисциплін Донецького національного медичного університету, протоієрей Преображенського Собору м. Кропивницький.
20. **Ідзьо Віктор Святославович**, доктор історичних наук, професор, завідувач кафедри українознавства Інституту Східної Європи; **Ідзьо Оксана Володимирівна**, лікар-невролог вищої категорії Львівської міської дитячої лікарні, м. Львів.
21. **Іщук Наталія Василівна**, доктор філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії, біоетики та історії медицини Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
22. **Калантарова Олена Ювеналіївна**, аспірант Інституту філософії імені Г. С. Сковороди, НАН України, м. Київ.
23. **Калач Дмитро Михайлович**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії та суспільних наук Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця
24. **Карпенко Катерина Іванівна**, доктор філософських наук, професор, в. о. завідувача кафедри філософії Харківського національного медичного університету, м. Харків.
25. **Качкан Володимир Атаназійович**, доктор філологічних наук, професор, академік АН Вищої школи України, Заслужений діяч науки і техніки, завідувач кафедри українознавства і філософії Івано-Франківського національного медичного університету, м. Івано-Франківськ.
26. **Кірієнко Сергій Володимирович**, викладач, **Нечушкіна Ольга Валеріївна**, старший викладач кафедри філософії, біоетики та історії медицини Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
27. **Кобржицький Вячеслав Всеволодович**, старший викладач кафедри філософії, біоетики та історії медицини Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.

28. **Коцюбняк Тетяна Анатоліївна**, викладач кафедри філософії, біоетики та історії медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, м. Київ.
29. **Кошетар Уляна Петрівна**, кандидат історичних наук, доцент, доцент кафедри філософії Національного авіаційного університету, м. Київ.
30. **Кудин Олександр Олександрович**, кандидат філософських наук, викладач кафедри філософії, біоетики та історії медицини Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
31. **Кулагіна-Стадніченко Ганна Михайлівна**, кандидат філософських наук, старший науковий співробітник Відділення релігієзнавства Інституту філософії імені Г. С. Сковороди НАН України, м. Київ.
32. **Лапутько Анна Валеріївна**, старший лаборант кафедри філософії, біоетики та історії медицини Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
33. **Лукашенко Марина Володимирівна**, кандидат філософських наук, практичний психолог Вінницького медичного коледжу імені академіка Д. К. Заболотного, м. Вінниця.
34. **Макаренко Михайло Вікторович**, к.с.-г.н., ст.н.с. Інституту гігієни і екології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; **Малюк Володимир Іванович**, доктор медичних наук, професор; **Репецька Ганна Григорівна**, кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри патологічної фізіології; **Трофимова Ірина Миколаївна**, кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри патологічної фізіології, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
35. **Марина Луптакова**, кандидат теологических наук, Інститут Восточного християнства, Гуситський богословський факультет, Карлов Університет в Празі, Прага, Чеська Республіка.
36. **Мартинюк Юрій Іванович**, старший викладач кафедри богослов'я Українського католицького університету, викладач кафедри філософії та економіки Львівського національного медичного університету імені Д. Галицького, м. Львів
37. **Матюшко Богдан Костянтинович**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова, м. Київ.
38. **Місержи Світлана Дмитрівна**, кандидат політичних наук, доцент, доцент кафедри філософії, біоетики та історії медицини Національного медичного університету імені О. О. Богомольця; **Перегида Євген Вікторович**, доктор політичних наук, професор, завідувач кафедри політичних наук Київського національного університету будівництва і архітектури, м. Київ.
39. **Мозгова Наталія Григорівна**, доктор філософських наук, професор, завідувач кафедри філософії Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова, м. Київ.
40. **Мойсенко Валентина Олексіївна**, доктор медичних наук, професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини № 2 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, завідувач кафедри внутрішньої медицини з курсом ендокринології ПВНЗ "Міжнародна академія

екології та медицини”, **Шостка Інна Петрівна**, кандидат медичних наук, асистент кафедри внутрішньої медицини № 3 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, **Тарченко Наталія Володимирівна**, журналіст, м. Київ.

41. **Мошковська Юлія Олегівна**, кандидат медичних наук, доцент кафедри внутрішньої медицини №4, **Богдан Тетяна Вікторівна**, кандидат медичних наук, доцент кафедри внутрішньої медицини №4 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця; **Луценко Анна Олексіївна**, студентка медичного факультету №1, **Богдан Віктор Володимирович**, студент медичного факультету №1, **Ткачук Леся Миколаївна**, студентка медичного факультету №2 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
42. **Ніколаєва Оксана Юріївна**, викладач кафедри україністики Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
43. **Орбанова Ева**, доктор філософії, кафедра етики и моральної філософії факультета філософії и искусств Трнавского університета, Трнава, Словакия.
44. **Осташук Іван Богданович**, доктор філософських наук, професор, професор кафедри богослов'я та релігієзнавства Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова, м. Київ.
45. **Паливода Роман Станіславович**, кандидат медичних наук, учений секретар Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
46. **Пилипенко Світлана Павлівна**, кандидат філософських наук, старший викладач кафедри іноземних мов та соціально-гуманітарних дисциплін ПВНЗ «Київський медичний університет», **Кірик Тамара Вікторівна**, кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри іноземних мов та соціально-гуманітарних дисциплін ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ.
47. **Попов Антон Володимирович**, кандидат медичних наук, Головний лікар медичного центру ТОВ “Гомеопатія від Попових”, м. Київ.
48. **Предко Денис Єрофейович**, кандидат філософських наук, асистент кафедри загальної психології факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка, м. Київ.
49. **Предко Олена Іллівна**, доктор філософських наук, професор, професор кафедри релігієзнавства філософського факультету Київського національного університету імені Тараса Шевченка, м. Київ.
50. **Примаченко Валентина Іванівна**, кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри анатомії Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
51. **Присухін Сергій Іванович**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії ДВНЗ “Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана”, м. Київ.
52. **Пустовіт Світлана Віталіївна**, доктор філософських наук, професор, завідувач кафедри філософії; **Бойченко Наталія Михайлівна**, доктор філософських наук, професор, професор кафедри філософії; **Остапенко**

- Борис Іванович**, кандидат філософських наук, доцент кафедри філософії; **Березіна Вікторія Вячеславівна**, кандидат філософських наук, старший викладач кафедри філософії; **Коваленко Наталія Валентинівна** – асистент кафедри філософії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ.
53. **Рассудіна Катерина Сергіївна**, кандидат філософських наук, вчений секретар Інституту релігійних наук св. Томи Аквінського в Києві, м. Київ.
54. **Редькіна Ольга Анатоліївна**, кандидат історичних наук, доцент, доцент кафедри філософії, біоетики та історії медицини Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
55. **Рибачук Анна Володимирівна**, кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії; **Джавадіасл Афшін**, аспірант кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ.
56. **Романюк Інга Денисівна**, стоматологічний факультет Національної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ.
57. **Романюк Оксана Вікторівна**, кандидат філософських наук, старший викладач кафедри філософії, біоетики та історії медицини Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
58. **Сергиенко Святослав Брониславович**, кандидат економічних наук, старший преподаватель кафедри менеджмента здравоохранения Національного медичного університету імені А. А. Богомольця, г. Киев.
59. **Сідоркіна Олена Миколаївна**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії; **Пода Тетяна Анатоліївна**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії; **Скиба Оксана Петрівна**, кандидат філософських наук, доцент кафедри філософії, факультет лінгвістики та соціальних комунікацій Національного авіаційного університету, м. Київ.
60. **Сініцина Алла Василівна**, кандидат філософських наук, доцент кафедри українознавства і філософії Івано-Франківського національного медичного університету, м. Івано-Франківськ.
61. **Ступак Федір Якович**, доктор історичних наук, професор, професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
62. **Сухова Надія Миколаївна**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії Національного авіаційного університету; **Крицький Олег Васильович**, старший викладач кафедри філософії, біоетики та історії медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, м. Київ.
63. **Твердохліб Наталія Гнатівна**, асистент кафедри анатомії людини; **Тубрал Людмила Володимирівна**, асистент кафедри анатомії людини; **Лахтадир Тетяна Валеріївна**, кандидат медичних наук, доцент кафедри анатомії людини, Національний медичний університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
64. **Терешкевич Галина Тарасівна (с. Діогена)**, кандидат наук державного

- управління, доцент, доцент кафедри філософії та економіки Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, м. Львів.
65. **Турчин Марина Яремівна**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії, біоетики та історії медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; **Павлов Юрій Валерійович**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії та методології науки Київського національного університету імені Тараса Шевченка, м. Київ.
66. **Уваркіна Олена Василівна**, доктор філософських наук, професор, професор кафедри педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права; **Волошенко-Клімова Ольга Іванівна**, завідувач сектором тематичного удосконалення, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ.
67. **Утож Ірина Геннадіївна**, доктор філософських наук, професор, завідувач кафедри суспільних дисциплін; **Спиця Наталя Валеріївна**, доктор філософських наук; **Мегрелішвілі Марія Олексіївна**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри суспільних дисциплін, Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя.
68. **Ханжи Володимир Борисович**, доктор філософських наук, професор, завідувач кафедри філософії та біоетики Одеського національного медичного університету, м. Одеса.
69. **Храпач Василь Васильович**, доктор медичних наук, професор, професор кафедри хірургії № 4 Національного медичного університету імені А. А. Богомольця, г. Киев.
70. **Чорноморденко Іван Васильович**, доктор філософських наук, професор, завідувач кафедри філософії Київського національного університету будівництва і архітектури; **Чорноморденко Дмитро Іванович**, кандидат філософських наук, старший викладач кафедри філософії Національного університету Біоресурсів і природокористування України, м. Київ.
71. **Швидченко Володимир Сергійович**, асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, м. Київ.
72. **Шевченко Сергій Леонідович**, доктор філософських наук, професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
73. **Anatoly Vermenko**, PhD., associate professor of Bogomolets National Medical University, Kyiv.
74. **Katarina Maria Vadikova**, Mgr., PhD., Department of Ethics and Moral Philosophy of Faculty of Philosophy and Arts of Trnava University in Trnava, Trnava, Slovak Republic.
75. **Michal Ganovsky**, Mgr., Trnavska univerzita v Trnave, Trnava, Slovak republic.
76. **Monika Zavis**, Doc. PaedDr. ThDr., PhD., Department of Pedagogy and Social Pedagogy of Faculty of Education, Comenius University; Michal Bizoň, Mgr., PhD., Department of Ethics and Civic Education of Faculty of Education, Comenius University, Bratislava, Slovakia.

Автори студентських матеріалів:

1. **Абдраїмова Аліна Мамадаліївна**, студентка медичного факультету № 2, групи 8213 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
2. **Бідений Андрій Ігорович**, студент 4-го медичного факультету, групи 8404 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
3. **Бовсуновська Юліанія Романівна**, студентка 4-го медичного факультету, групи 8405 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
4. **Борздов Сергій Володимирович**, студент 4-го медичного факультету, групи 8406 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
5. **Бохенко Анастасія Вікторівна, Мосійчук Людмила Олександрівна**, студенти медичного факультету №2, групи 256 Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, м. Вінниця.
6. **Ващук Олександра Андріївна**, студентка медичного факультету № 1 групи 5 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
7. **Владжиженко Аліна Ігорівна**, студентка медичного факультету №4, групи 8402 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
8. **Ворон Олександра Михайлівна**, студентка медичного факультету №1 групи 221 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
9. **Груша Анастасія Григорівна**, студентка 4-го медичного факультету групи 8403 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
10. **Жигалкевич Дмитро Володимирович**, студент медичного факультету №4 групи 8402 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
11. **Згібнєв Станіслав Володимирович, Підгорний Вячеслав Ігорович**, студенти медичного факультету №2 груп 8403, 8404 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
12. **Іскендерова Айна Мехман кизи**, студентка медичного факультету №2, групи 8202 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
13. **Кравченко Владислав Геннадійович**, студент медичного факультету №1, групи 8119 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
14. **Кур'ята Вікторія Русланівна**, студентка 4-го медичного факультету, групи 8406 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
15. **Лукашенко Анна Ігорівна**, студентка медичного факультету №1 Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, м. Вінниця.
16. **Матвійчук Роман Владиславович**, студент 1-го курсу 4-го медичного факультету, групи 8405 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
17. **Мельник Діана Сергіївна, Панасенко Оксана Олегівна**, студенти медичного факультету №2, групи 256, Вінницького національного медичного

університету імені М. І. Пирогова, м. Вінниця.

18. **Мілещенко Анастасія Олександрівна**, стоматологічного факультету, 5504 групи Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
19. **Монул Єва Вадимівна, Купчик Анна Русланівна**, студенти медичного факультету №4, групи 8410 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця,
20. **Нємцева Маріанна Олександрівна**, студентка 1-го курсу 4-го медичного факультету, групи 8405 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
21. **Прокопчук Марія Олександрівна**, студентка 1-го курсу медичного факультету № 2, групи 8202 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
22. **Родюк Тамара Леонідівна**, викладач інформатики, голова циклової комісії природничо-наукових дисциплін; **Гладка Олена Віталіївна, Головатюк Юлія Леонідівна, Добровольський Андрій Олександрович, Жураховська Катерина Валеріївна, Забельна Марія Ігорівна, Кравчук Олександр Миколайович, Нечипорук Андрій Сергійович, Твердохліб Євген Олександрович, Вережан Яна Ігорівна**, студенти фельдшерського та фармацевтичного відділень Вінницького медичного коледжу ім. академіка Д. К. Заболотного; **Гурко Сергій Олексійович**, студент медичного факультету №1 Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, м. Вінниця.
23. **Садова Анна Володимирівна**, студентка 4-го медичного факультету групи 8404 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
24. **Садьгова Нателла Мурадівна**, студентка II міжнародного факультета Запорозького державного медичного університету ЗГМУ, спеціальність «Лечебное дело», г. Запорозьке
25. **Струкова Маргарита Володимирівна**, студентка 4-го медичного факультету групи 8405 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
26. **Холікова Аліна Анатоліївна**, студентка медичного факультету №4 групи 8410 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
27. **Шарай Катерина Вікторівна**, студентка 4-го медичного факультету групи 8410 Національного медичного університету імені А. А. Богомольця, г. Київ.
28. **Шваб Максим Ігорович**, студент 4-го медичного факультету, групи 8405, Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.
29. **Adith Babu**, group 8631 M2A, O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv.
30. **Alan Stephan John**, group 8625 M2A, O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv.
31. **Mansi Singh**, group 8625 M2A, O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv.
32. **Shomin Ahmed**, group 8625 M2A, O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv.

**ДЛЯ ПОДАТОК
FOR NOTES**

**ДЛЯ ПОТАТОК
FOR NOTES**

Наукове видання

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О. О. БОГОМОЛЬЦЯ
Кафедра філософії, біоетики та історії медицини
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ "УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ РЕЛІГІСЗНАВЦІВ"
ЦЕНТР РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ "HUMANUS" (Болгарія)

РЕЛІГІЯ ТА МЕДИЦИНА

Матеріали міжнародної науково-практичної конференції,
присвяченої пам'яті свт. Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького)

Літературні редактори:

А. Ю. Верменко, К. О. Гололобова,

О. В. Романюк, О. А. Редькіна

Комп'ютерний набір: О. М. Бондар

Комп'ютерна верстка: О. В. Шевченко

Підп. до друку 28.05.2019. Формат 60×84/16.

Папір офсетний. Друк офсет. Гарнітура Arial.

Ум. друк. арк. 22,16. Тираж 300 примірників.

Автограф

04210, м. Київ, просп. Героїв Сталінграда, 11-А, оф. 112.

Тел.: +38 (044) 410-75-83

E-mail: autograf@ukr.net

*Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру
видавців, виробників і розповсюджувачів видавничої продукції.*

Серія ДК № 1572 від 19.11.2003 р.