

Тези до рубрики

УДК 616-036.62+614.17:342.7+341.231.14

В.В. Березіна

## Припинення або відмова від лікувальних заходів: філософські та етичні смерті та вмирання

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 135-136; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.135

Під впливом розвитку науки і техніки світ усе більше секуляризується (втрата гегемонії християнством у тлумаченні смерті), смерть інституціоналізується і ментально витісняється. Функції духівництва переходять до лікарів. У контексті біоетики, яка виникла в 60-х роках ХХ ст., вирішується проблема вироблення нового ставлення до смерті. Можна сказати, що вся біоетика – про смерть, бо її проблеми прямо чи ні пов'язані з темою смерті: і евтаназія, і аборт, і трансплантація. Лікарі і судді у своїй практиці вже інакше діагностують смерть («смерть мозку») і різною мірою практикують відмову від «терапевтичного зав'язання», яке спрямоване на продовження життя будь-якою ціною, а це все породжує моральні виклики, з якими традиційна медична етика не справляється, інколи навіть виглядає антигуманною. Задача філософів і етиків – постфактум осмислити соціальний контекст застосування біотехнологій у медичній науці і практиці. Передусім ідеться про осмислення парадоксу сучасної медицини, який полягає в тому, що «медицина не може попередити факту смерті, але вона може безкінечно довго підтримувати процес помирання, тобто підтримувати людину в стані, практично, між життям і смертю» [2]. Ідеться про можливість підтримувати життя в наш час навіть при хронічних невиліковних хворобах і старінні. Це веде до ілюзії могутності людини і безмежності науково-технічного прогресу. Смерть сприймається просто як тимчасова межа можливостей медицини.

Про який соціокультурний контекст сучасної медицини йдеться? (Біо)медицина – «сучасна загально-медична настанова на систематичне застосування фундаментальних біологічних знань і біотехнологій до медичних задач діагностики, профілактики, лікування, реабілітації і т.д. [4] поглинута здійсненням власної влади. Мішель Фуко називає біотехнологію новим типом влади, коли держава здійснює політику контролю за населенням за допомогою лікарів («медичної поліції») і відбувається медикалізація всіх сфер життя. Провідною стає утилітаристська етика, в якій йдеться про найбільше щастя для найбільшої кількості людей. Іншою тенденцією сьогодення є те, що на смерть почали дивитися не як на перехід у потойбіччя, а як на кінець, тобто життя закінчується тут, у цьому світі. Такий підхід обертається дегуманізацією смерті, коли зі смертельно хворими уникають говорити про смерть, а родичам уникають висловлювати співчуття. Отож, ми живемо в суспільстві, яке витісняє страждання і не здатне на співчуття [1].

Невже єдиний обов'язок лікаря – продовжити життя? Відмова від лікувальних заходів може бути виправданою в сучасній медицині у випадках, коли надзвичайні (екстраординарні) методи терапії, насамперед реанімаційна допомога, зіштовхується з протипоказаннями до реанімації. Біологічного визначення смерті для подібних рішень виявляється недостатньо. Усе ще є потреба в уточненні дефініції смерті як факту (критерій смерті мозку має певні недоліки) і вивченні смерті як процесу, яке започаткувала Е. Кюблер-Росс. Тут на допомогу приходять передусім гуманітарні науки та філософія здорового глузду.

Отже, проблема смерті науковим прогресом «не знята». Раніше лікарям доводилося якось обходитися зі смертю, так і зараз, коли можливості медицини значно збільшилися, ця необхідність нікуди не зникла. Тому це не є новою етичною проблемою. Вона стара, як світ. Тільки раціональний сцієнтистський підхід витіснив традиційний екзистенційний, коли смерть розумілася як найбільший вчитель людини. Філософія ХХ ст. це надолужувала, зробивши смерть центральною темою. М. Гайдеггер називає людину «буттям-до-смерті». Лікарям подібний екзистенціалізм у ставленні до смерті завжди був відомий, як нікому іншому, бо вони постійно бачать хвороби та смерть і звикають сприймати їх як невід'ємну складову життя, бачити їх такими, як вони є. П. Слотердайк говорить про це як про вкоріненість свідомості лікаря в життєствердному реалізмі: «найбільш ґрунтовний реалізм у ставленні до смерті складається в лікарській практиці – тут формується усвідомлення смерті, яке в тех-

## Філософські, етичні та духовні аспекти паліативної та хоспісної допомоги

нічному плані ближче, ніж будь-яке інше, осягає крихкість і вразливість тіла, відкриваючи, що процес функціонування нашого організму – не так важливо, як його називати: здоров'ям, хворобою чи старінням, – є процесом руху до смерті» [3]. Але сьогодні лікарі схильні втрачати цей гуманістичний реалізм і впадати в сциєнтистський здегуманізований ідеалізм, медичний цинізм. Це веде до морального вигорання, як лікарів, так і пацієнтів.

*Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.*

**Ключові слова:** *медикалізація смерті та вмирання, екзистенційний підхід до смерті, відмова від «терапевтичного зав'язання».*

### Withholding or Withdrawing Life-Sustaining Treatment Interventions: The Philosophical and Ethical Aspects of Death and Dying

V.V. Berezkina

*Shupyk National University of Healthcare of Ukraine, Kyiv*

The provision of a burdensome treatment (therapeutic obstinacy, or «heroic treatment») that has the sole purpose of artificially prolonging the patient's life is a major interdisciplinary problem in modern medicine (biomedicine). The author discusses two opposing trends in addressing this issue such as medicalisation of death and dying, on the one hand, and existential concerns about death, on the other hand.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee of the participating institution. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

*No conflict of interests was declared by the author.*

**Keywords:** *medicalisation of death and dying, existential concerns about death, avoiding «therapeutic obstinacy».*

### References/Література

1. Dintselbakher P. (2004). *Istoriia yevropeiskoi mentalnosti. Za red. Petera Dintselbakhera. Lviv: Litopys: 720.* [Дінцельбахер П. (2004). *Історія європейської ментальності. За ред. Петера Дінцельбахера. Львів: Літопис: 720*].
2. Konovalova LV. (1998). *Prikladnaya etika (po materialam zapadnoy literatury). Vyip. I: Bioetika i ekoetika. Moskva: 216.* [Коновалова ЛВ. (1998). *Прикладная этика (по материалам западной литературы). Вып. I: Биоэтика и экоэтика. Москва: 216*].
3. Sloterdijk P. (2009). *Kritika tsinicheskogo razuma. Moskva: ACT MOSKVA: 800.* [Слотердайк П. (2009). *Критика цинического разума. Москва: АСТ МОСКВА: 800*].
4. Ushakov EV. (2016). *Bioetika. Moskva: Izdatelstvo Yurayt: 306.* [Ушаков Е.В. (2016). *Биоэтика. Москва: Издательство Юрайт: 306*].

УДК 614.25:615.11614.21(477):614.253:77

С.Г. Убогов

## Історичні, правові та освітні аспекти впровадження капеланства в систему охорони здоров'я України

*Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ*

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 136-138; DOI 10.15574/IJRP.M.2023.8.136

Проведено аналіз історичних, правових та освітніх аспектів запровадження міжконфесійної служби професійних капеланів у системі охорони здоров'я України.

Капеланство в охороні здоров'я – це інститут або служба капеланів, які здійснюють душпастирську опіку у сфері охорони здоров'я. Історія служіння священників при лікарнях сягає кількох століть. Водночас професійне капеланство почало розвиватися близько 100 років тому.

**Мета** – провести аналіз історичних, правових та освітніх аспектів впровадження капеланства в систему охорони здоров'я України.

Капелан є членом мультидисциплінарної команди закладу охорони здоров'я (ЗОЗ). Його допомога особливо потрібна там, де психічне або психологічне здоров'я пацієнта пов'язане з його релігійністю, або