

## 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 завзяття».*

### 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

де самопочуття пацієнта може поліпшити духовна опіка. Проведене дослідження показало, що одним із «батьків» професійного лікарняного капеланства вважається преподобний Антон Теофілус Бойзен – капелан психіатричної лікарні м. Вустер (штат Массачусетс, США), на базі якої у 1925 р. ним запроваджено першу програму з клінічної душпастирської освіти (КДО). Мета навчання полягала в тому, щоб дати студентам-богословам «клінічний досвід», вивести їх із навчальних класів до лікарняних палат, щоб практикувати богослов'я там, де воно найбільш необхідне – в особистому контакті з людьми, які опинилися у кризовій ситуації. У результаті у 1930–1940 рр. відбувся активний розвиток КДО. А.Т. Бойзен та його однодумці намагалися «стимулювати душпастирів досліджувати свій внутрішній світ, щоб стати більш чутливими супутниками боротьби інших людей з життєвими проблемами». Вони намагалися поєднати «зовнішній та внутрішній світ учнів, пізнавальний з емоційним, теорію з практикою, теологію з психологією». На сьогодні священнослужителі, які пройшли навчання з КДО, служать у ЗОЗ по всій території США, Канади й Австралії.

У 1960–1970 рр. рух КДО почав активно розвиватися також у країнах Європи, де відбулося поєднання американських, британських і німецьких моделей душпастирської опіки. У 1990 р. в м. Берліні засновано Європейську мережу капеланів в охороні здоров'я (ЄМКОЗ), що об'єднує капеланів із різних країн, які здійснюють душпастирську опіку у ЗОЗ. У 2002 р. у м. Турку (Фінляндія) пройшла Сьома нарада ЄМКОЗ, на якій прийнято документ «Засади капеланства в охороні здоров'я». На цій нараді був присутній представник від України, яка відтоді набула офіційного членства в ЄМКОЗ.

В Україні професійне капеланство в охороні здоров'я, на відміну від військового капеланства, на державному рівні досі не впроваджено. Заходи душпастирської опіки в ЗОЗ здійснюють, як правило, священнослужителі місцевих релігійних громад, які не мають спеціальної підготовки та виконують капеланські обов'язки на волонтерських засадах, за окремими винятками, коли їх приймають на роботу в лікарні на посади священнослужителів, що стало можливим після включення такої професії до Класифікатора професій України. На цей час триває розроблення законопроекту та пакету підзаконних актів щодо впровадження професії капелана у сфері охорони здоров'я, що здійснюється в рамках діяльності Робочої групи з питань впровадження капеланства у сфері охорони здоров'я, утвореної при МОЗ України у 2019 р.

Важливим кроком у напрямку впровадження капеланства у сфері охорони здоров'я України стало введення в дію Класифікатора медичних інтервенцій, що включає такі втручання, як «Духовна підтримка» та «Духовний ритуал». Ці втручання можуть проводитися пацієнтові в ЗОЗ будь-якої форми власності. Класифікатор гармонізований з Австралійським класифікатором медичних інтервенцій, що, зокрема, включає таку суміжну медичну інтервенцію, як «Духовна турбота». Компетентними у здійсненні цього виду допомоги є саме капелани. При цьому однією із сучасних тенденцій розвитку капеланства в охороні здоров'я стало проведення наукових досліджень та накопичення доказової бази щодо ефективності душпастирської опіки та її позитивного впливу на процес одужання пацієнтів. Так, у США та Великій Британії видають наукові журнали, в яких публікують результати досліджень із питань капеланства в охороні здоров'я.

Вивчення світового досвіду показало, що капелани до початку самостійної душпастирської діяльності повинні проходити богословську і клінічну підготовку. У подальшому вони мають постійно підвищувати або підтверджувати кваліфікацію. Богословська підготовка капеланів проводиться в закладах вищої духовної освіти, в яких здійснюється підготовка бакалаврів і магістрів за спеціальністю «Богослов'я». Клінічна підготовка капеланів здійснюється за ступеневою системою на циклах спеціалізації з КДО: початкового, першого (базового) та другого (поглибленого) рівнів. У західних країнах клінічна підготовка та підвищення кваліфікації капеланів здійснюється в акредитованих центрах КДО, що діють при ЗОЗ. В Україні цю підготовку планується проводити в закладах вищої духовної та медичної освіти з обов'язковим проходженням практичної підготовки на базі ЗОЗ.

Важливу роль у розвитку професійного капеланства та капеланської освіти відіграють асоціації (мережі) капеланів в охороні здоров'я. Подібні організації діють сьогодні в країнах Євросоюзу, Великій Британії, США, Канаді, Австралії. У 2020 р. створено Асоціацію капеланів в охороні здоров'я України.

Отже, на підставі проведеного аналізу світового та вітчизняного досвіду можна зробити висновок, що на сьогодні Україна має реальні шанси в найближчій перспективі розпочати процес впровадження вітчизняної міжконфесійної служби професійних капеланів у сфері охорони здоров'я.

*Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.*

**Ключові слова:** охорона здоров'я, капеланство, законодавство, освіта.

**Historical, legal and educational aspects of the introduction of chaplaincy in the health care system of Ukraine**

**S.H. Ubohov**

*Shupyk National University of Healthcare of Ukraine, Kyiv*

The analysis of historical, legal and educational aspects of the introduction of the interfaith service of professional chaplains in the health care system of Ukraine was conducted.

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:** health care, chaplaincy, legislation, education.

УДК 61:614.253

**А.М. Сердюк<sup>1</sup>, М.М. Риган<sup>2</sup>, Ю.М. Скалецький<sup>1</sup>**

## Етика і культура безпеки в медичній практиці

<sup>1</sup>ДУ «Інститут громадського здоров'я імені О.М. Марзєєва НАМН України», м. Київ

<sup>2</sup>Медичний центр «Сучасна ортопедія», м. Київ, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 138-138; DOI 10.15574/IJRP.M.2023.8.138

Медична практика пов'язана з найбільшими суспільними цінностями – здоров'ям і життям людей. Її суб'єктами та об'єктами є люди з численними соціальними і біологічними відмінностями та особливостями. Очевидно, що за таких обставин неможливо унормувати всі ситуації цієї практики. Відтак, це передбачає широке застосування в охороні здоров'я моральних законів, доповнення механізмів правового регулювання відносин медичного працівника і хворого нормами медичної етики і деонтології.

Саме тому жодна з професійних спільнот не має на світовому, регіональних та національних рівнях стільки конвенцій, кодексів, декларацій, клятв морально-етичного плану, які є невід'ємною частиною нормативно-правової бази медицини.

Але етика і закон не ідентичні. Досить часто етика декларує стандарти поведінки вищі, ніж закон. Відомі випадки, коли етика вимагає, щоб лікарі не підкорялися законам, які вимагають неетичної поведінки (WMA, 2009).

Медична етика ставить хворого і його безпеку вище за інші критерії якості надання медичної допомоги, вище за інтереси медичних працівників. Жоден із цих морально-етичних документів не обходить питання безпеки пацієнтів, починаючи з гіппократівського: «утримуючись від заподіяння будь-якої шкоди» та завершуючи Етичним кодексом лікаря України, який наголошує, що «лікар повинен ретельно аналізувати допущені помилки і обговорювати їх із колегами та керівництвом для попередження подібних випадків у клінічній практиці інших лікарів». Безпека пацієнтів вважається етичним імперативом (Vicki D. Lachman, 2007).

Це співзвучно з концепцією культури безпеки, розробленої МАГАТЕ після аварії на ЧАЕС (МАГАТЕ, 1991) для попередження надзвичайних ситуацій в ядерно-енергетичній сфері.

Концепцію культури безпеки розглядають як механізм виявлення прихованих дефіцитів безпеки і ставлять її рівень вище за вимоги законодавства і регулюючих органів (МОП, 2001).

Про прихильність принципам культури безпеки Всесвітня організація охорони здоров'я заявила у 2005 р. і закликала національні системи охорони здоров'я слідувати їй прикладу.

В одному з останніх документів Всесвітній альянс із безпеки пацієнтів (HURST, Samia, et al., 2013) наголошує на необхідності враховувати етичні питання в дослідженні проблем безпечності пацієнтів.

Зважаючи на викладене, концепція культури безпеки, базуючись на засадах медичної етики, є водночас її розділом у частині, що стосується формування безпечного лікарняного середовища.

Сьогодні багато країн мають успішний досвід використання культури безпеки в медицині, і скористатися ним та розвинути його є актуальним завданням вітчизняного медичного загалу.

*Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.*

**Ключові слова:** етика, безпека, медична практика.