

Валентин КУЛІНІЧЕНКО, Світлана ВЕКОВШИНІНА

## ЖИТТЯ ТА СМЕРТЬ У КОНТЕКСТІ БІОЕТИКИ

Демографічна криза (зменшення у структурі населення дітей та молоді і, водночас, збільшення кількості людей похилого віку) в останній третині ХХ століття стало однією з головних глобальних проблем розвитку сучасного суспільства. Подолання її негативних наслідків пов'язане з низкою економічних, моральних та організаційних питань, вирішення яких у сучасних умовах потребує розробки нових напрямків соціальної політики кожної держави.

Сучасна стратегія соціальної політики щодо літніх людей створена фахівцями ООН на основі статистичних досліджень, в яких доведено, що у майбутній структурі населення значно збільшиться кількість людей віком понад 60 років. Ця політика повинна враховувати необхідність перебудови усіх суспільних структур (освіти, медицини, соціальної допомоги, культурного життя). Зокрема, в “Принципах стратегії соціальної політики щодо літніх людей”, розроблених ООН, підкреслюється, що суспільство повинно створити такі умови для кожної людини і, особливо, літньої, щоб вона мала змогу реалізувати право бути суверенною, брати активну участь у громадському житті, отримувати допомогу, мати можливість для самореалізації та захисту своєї гідності.

Сьогодні у нашому суспільстві по відношенню до різних груп населення існує багато негативних соціально-психологічних стереотипів (так званих стигм), які заважають людям реалізувати свої права й отримувати необхідну допомогу. На жаль, літні люди, які мають незаперечне право на власну гідність, повагу до себе й різнобічну допомогу, обтяжені щонайбільшою, у порівнянні з іншими групами населення, кількістю негативних міфів і стереотипів (в окремих випадках, навіть, забобонів). Вони стосуються, наприклад, розуміння причин старості та хвороб, психічного стану літніх, особливостей останніх, передтермі-

нальних та термінальних стадій життя. Стигми, як певні упередження громадської думки стосовно літніх людей, у моральній сфері заважають побачити їхню цінність як унікальних особистостей, а у правовій – порушують їхні конституційні права. Поняття “стигма” давньогрецького походження. Стигма – це клеймо, яким позначали рабів у Стародавній Греції, знак їхнього низького суспільного стану та незначної соціальної цінності. Сучасні стигми – не фізичні, а соціально-психологічні, якими відмічаються старість і вік, психічні та онкологічні хвороби, СНІД, смерть узагалі. Моральні та соціальні упередження щодо віку, хвороб і станів людини заважають реалізації її особистих та громадських прав.

Міжнародний пакт про громадські права (1966) трактує право на життя як невід’ємне право кожної людини. Невід’ємні права – це вимоги, які визнаються юридичним правом і без яких неможливе гідне людське життя. У політиці та юриспруденції не існує загального розуміння невід’ємних прав, саме тому, наприклад, французька традиція їх нараховує чотири, американська – три. Конституція України має перелік вищих соціальних цінностей – невід’ємних прав людини: на життя, здоров’я, гідність, недоторканність та безпеку особистого життя [1]. Найчастіше порушення цих прав стосуються літніх людей, а також хворих у перед- та термінальних станах. Саме в ці, останні періоди життя, де майбутнє скорочується до днів, місяців, а то й годин, необхідно захистити: 1) фізичні (вітальні) права – забезпечити біологічні та матеріальні потреби; 2) особистісні права – зберегти морально-психологічну індивідуальність людини, її світогляд, переконання, духовність; 3) гуманітарні права – недоторканність національної самобутності, можливість користуватися досягненнями науки й культури; 4) економічні права – мати засоби до існування, зберегти власність; 5) політичні права – створити умови для збереження участі у громадському житті та захисту прав та свобод.

Який же стан реалізації й захисту невід’ємних прав людини в Україні? І як медицина захищає права хворих і літніх людей? Відповідь на ці запитання можна отримати внаслідок вивчення результатів втілення у життя конкретної людини чи соціальної групи зазначених невід’ємних прав. В умовах сучасної України, за даними соціологічних досліджень, на жаль, невід’ємні права людини реалізуються лише частково. У літніх людей, при хронічних хворобах, що не лікуються (онкозахворювання, СНІД

тощо), у перед- і термінальних станах життя, реалізація цих прав обумовлена значною мірою можливостями родини. Держава та суспільна політика не забезпечують реалізації невід'ємних прав людини. Сучасне подолання стигм і розширення кордонів використання людських прав пов'язане із низкою причин, серед яких центральне місце займає розвиток медицини, медичних знань та біомедичних технологій [2]. У історії новий погляд на втілення прав людини в суспільну дійсність завжди є наслідком гуманізації всієї системи соціальних стосунків (і медичної допомоги як її особливого виду), зміни уявлень про громадські цінності та ідеали (зокрема відношення до смерті), розвитку міждисциплінарних комплексних видів діяльності (паліативної допомоги тощо).

Паліативна допомога (англійське – *palliative* – те, що зменшує біль) – це активна система медико-соціальної допомоги пацієнтам, хронічна хвороба яких не лікується. Головна мета цієї допомоги – надання найсприятливіших умов життя для пацієнта та їх родини. Сучасна концепція паліативної допомоги в США, Канаді та Великобританії була втілена в життя у вигляді *hospiciv* – медико-соціальних закладів, які надають кваліфіковану спеціальну та психологічну допомогу хворим у перед- і термінальних стадіях життя, а також членам їхніх родин. Ця форма базується на сучасному розумінні прав людини, яке поєднує соціальні, медичні, психологічні та духовні аспекти життя. Паліативна допомога будується на трьох основних принципах: 1) ефективне симптоматичне лікування, повне знеболення; 2) максимально можливе підвищення якості життя; 3) всебічна реабілітація хворих у кінцевих стадіях захворювань. Елементами сучасної паліативної допомоги є також просвіта хворого та його родини щодо прав, можливостей юридичного захисту, а також вирішення економічних та соціальних питань.

Право на гідну смерть розглянуто в біоетиці, новій етичній концепції, що виникла у США на початку 70-х років XX століття. Її створення пов'язане з іменем В.Р. Поттера, який не тільки запропонував новий термін – “біоетика”[3], але й дав визначення нової наукової дисципліни, як “поєднання біологічного знання з пізнанням системи людських цінностей”, новий підхід до проблеми, що орієнтує як саме використовувати наукове знання для забезпечення соціальних благ [4]. Біоетика, таким чином, повинна стати наукою про виживання людства. Сьогодні ця наукова дисципліна існує на трьох рівнях, а саме як:

- загальна біоетика у вигляді сучасної філософії моралі;
- спеціальна біоетика, яка вивчає головні проблеми, на яких базується загальна біоетика (евтаназія, генетична інженерія, аборт, штучне запліднення);
- клінічна біоетика (чи біоетика рішень), яка вивчає конкретні випадки лікарської та клінічної практики з метою дослідження цінностей і шляхів вирішення етичних дилем [5].

Поняття “якість життя” поєднує два аспекти: медико-соціальний та морально-психологічний. Якість кінцевої стадії життя, можливість її підвищення, пов’язана як із вирішенням клінічних проблем та проблем сестринського догляду, так зі створенням найможливіших комфортних умов існування хворих (фізичних, соціальних, психічних та емоційно-духовних). Серед них особливе місце посідають моральне самопочуття, що підтримується за рахунок розширення можливостей людини (наприклад, самообслуговування) та підвищення рівня самоповаги хворого. Саме тому в хоспісах задовольняються *всі* (об’єктивно можливі) бажання хворих, а підтримка традиції “виконання останнього бажання вмираючого” є немовби логічним завершенням цього напрямку медико-соціальної діяльності, виявом головного принципу філософії паліативної допомоги.

Успіх діяльності хоспісу значною мірою залежить від того, наскільки якісно й ефективно добирають та навчають кадри для цієї своєрідної установи. Майбутніх лікарів не навчають у медичних інститутах клініці вмирання. На жаль, не порушують ці питання (насамперед, психологія хворого у перед- та термінальних стадіях) і в післядипломній освіті лікаря та соціального працівника. Аналіз стану вивчення проблем смерті на медичних факультетах США свідчить про те, що навіть у них відсутні повноцінні та всебічні курси з питань клініки та психології смерті. Є лише окремі лекції та семінари. У 1985 році серед викладачів клінічних та психологічних проблем смерті на медичних факультетах США перше місце займали психіатри, за ними – лікарі інших фахів, священники, філософи, працівники соціальної сфери, психологи, соціологи та юристи [6]. Цей перелік свідчить про комплексність та мультидисциплінарність проблеми вмирання, як із погляду організації хоспісів, так і з точки зору організації підготовки кадрів для них.

Протибольова терапія, паліативна допомога у хоспісах поєднують медичні, психологічні та духовні аспекти і тому

сприяють реалізації одного з фундаментальних прав людини – права на гідну смерть. Це право особливо підкреслюється у “Лісабонській декларації прав пацієнта”, яка була схвалена Всесвітньою медичною асоціацією у 1981 році.

Біоетика як нова галузь людського знання привернула увагу теоретиків та практиків (філософів, юристів та медиків) до феномена смерті. Виникнення біоетики, яка пропонує нове бачення етичних проблем в умовах технічного переозброєння сучасних біології та медицини, пов’язане з переосмисленням традиційних підходів до вмирання та смерті. Майже всі складні проблеми медичної біоетики прямо чи опосередковано пов’язані з проблемою смерті – евтаназія, аборт, трансплантація органів і тканин, репродукційні технології тощо. Результатом послідовної рефлексії над цими сучасними явищами є принципово нове розуміння цінності смерті та життя. Медична біоетика трансформує, як деструктивно-негативний погляд на смерть, так і безпідставне абстрактно-оптимістичне ставлення до подовження будь-якого “життя” людини, незважаючи на рівень його тілесної, духовної та соціальної якості. З’являється таке поняття як *право на смерть, або визнання кожної людини найвищим авторитетом у питаннях про власні життя та смерть*.

Декларація цього особливого права людини стала можливою тільки за умов нового визначення “смерті людини”, як “смерті мозку”, котре було запропоноване медиками в другій половині ХХ століття. Виходячи з особливостей нових критеріїв, смерть в якості медично встановленого факту почали розглядати не як одноразовий акт, а як процес. Нове розуміння смерті, як *факту* небуття та, з іншого боку, як процесу *вмирання* – проміжного стану між життям і не життям, виявилось практично і теоретично важливим для розвитку медицини та біології, науки та соціальних відносин взагалі.

Прогрес медицини як особливої науки про норму та патологію тілесного життя людини протягом останніх трьох століть 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 та зобов’язання констатувати смерть. Медикалізація смерті, тобто перетворення її на медичний феномен знаменує відкриття людиною *особливого*

*простору неживого, мертвого, дискурсивного – простору трупа [7,8]. Людина починає усвідомлювати смерть не тільки як межу або точку відрахунку, але й як таке явище життя, котре має певний простір і час, де знаходить свій вияв певна людська чуттєво-тілесна реальність, з якою суспільство має рахуватися. Як же формується новий досвід, досвід смерті як нової тілесно-духовної реальності?*

Відомий французький філософ М. Фуко, дослідник історії клінічної медицини в Європі вказує, що включення феномена смерті до низки питань медичного характеру стало можливим із формуванням нового ставлення до хвороби. Спочатку хвороба мислиться по відношенню до природи, а потім погляд переміщується на саму хворобу, як на річ, що має відношення до смерті: *“...саме тоді, коли смерть була епістеміологічно інтегрована у медичний досвід, хвороба спромоглася відділитися від контр-природи і знайти плоть у живій плоті індивідів... І, мабуть, уцілому досвід індивідуальності в сучасній культурі пов’язаний із досвідом смерті” [8].*

Стосунки між лікарями та пацієнтами майже до середини XVIII століття були обмежені сферою пізнання “суб’єктивних симптомів”. Для лікарів того часу *бачити* хворобу – означало *сприймати*. Тому раціональний вимір хвороби був прихований за допомогою вербалізованих симптомів. Хвороба затемнювалася самим хворим, який виступав безпосередньо по відношенню до неї, був немовби злитий з нею. Однак поступово хвороба починає виходити за межі певної людської тілесної конституції, вона стає певним типом, з’являється нова медицина – *клінічна*. Виявляється, що місце зустрічі людини та хвороби, хворого та лікаря – це соціальний простір і час, які мають свою особливу структуру й генезу. Ця обставина має радикальне значення, і навіть дика природа хвороби у різних соціальних просторах суттєво змінюється. Ці зміни до XX століття регулювалися об’єктивними закономірностями, тепер вони стають ще й об’єктом політичної діяльності, тобто суб’єктивізуються.

Ширше метафізичне розуміння зв’язку хвороби й тіла, стосунків лікаря й пацієнта призводить до розгляду смерті як феномена, який виходить за межі життя конкретного індивіда. Досвід смерті починає визначатися, не тільки як тілесно-чуттєва реальність, але й як метафізична подія. Сучасне розуміння феномена смерті у контексті медичної біоетики перебуває на стрижні співвідношення

тілесно-чуттєвого та духовного. Що таке смерть? Повсякденна реальність чи метафізична подія, ступінь духовного розвитку людини? Залежно од відповіді на поставлене питання можна знайти різні моральні оцінки *права людини на смерть*.

Біоетика допомогла усвідомити, що пошуки найточнішого та ширшого визначення смерті в сучасному соціально-культурному просторі повинні тривати в напрямку її інтегральних і загально значущих критеріїв, таких як соціальна активність, здатність до комунікації, збереження чуттєвості до болю або страждання [9]. Смерть людини не може бути зведена до емпірично-тілесного, бо людина не стільки тіло, як особлива духовно-тілесна реальність, *особистість*.

З іншого боку, духовні виміри особистості не дозволяють використовувати жодний раціональний закон для визначення її життя та смерті.

Новітні філософські напрямки, такі як філософія життя, екзистенціалізм, феноменологія та філософська антропологія суттєво вплинули на процес формування європейської етичної думки, стали світоглядною основою сучасного ставлення до людини і її смерті. Цей філософський досвід засвідчує, що чуттєво-тілесна сфера людини: її переживання, почуття, тілесність мають безсумнівну цінність. Тому людське життя та смерть (навіть у їх тілесних вимірах) є постійним самопізнанням людини, пошуком своєї духовності, і в цьому сенсі смерть кожної людини унікальна, вона є часткою її духовного життя і не може бути стандартизовано зведена до чуттєво-тілесних характеристик та цінностей. Кожна людина несе моральну відповідальність не тільки за своє життя, але й за свою смерть. Виходячи із цього не тільки життя особистості, але і її смерть вимагає поважного ставлення до себе [10]. Саме поважне ставлення до людини як до відповідального автора своєї долі, неповторної та унікальної історії свого життя і є основним принципом сучасної біоетики. Людину-особистість не можна зараховувати до об'єктів лише наукового дослідження, її неможливо аналізувати тільки з одного боку, тілесного чи духовного. Вона – єдність душі й тіла. І тому людина, згідно із блискучим визначенням І. Канта, не може бути засобом для здійснення якихось актуальних завдань, навіть і завдань всезагального блага. Досягнення єдності та гармонії душі й тіла завжди були й досі залишаються метою розвитку людства.

*Право на смерть* у цьому контексті, в контексті сучасного гуманізму та біоетики, виступає як засада збереження гідності особистості, вільного вияву її волі, захист яких для суспільства стає важливішим ніж сама смерть [11].

*Право людини на смерть* знайшло своє практичне втілення у медицині окремих країн (наприклад, у Нідерландах). Йдеться про практику легалізованої та нелегалізованої евтаназії – легкої та швидкої смерті – як засобу проти страху болю та страждань невиліковно хворих. Сучасні біомедичні технології дозволяють значно подовжити людське життя, що призвело до появи низки практичних та моральних проблем, вирішення яких потребує змін у державній політиці. Подовження життя коштує недешево, що, по-перше, потребує значних матеріальних, технологічних та людських ресурсів, і, по-друге, виникає велика соціальна група людей, яка не в змозі використати ці новітні технології для подовження власного життя або життя своїх близьких. Тому в розвинених країнах технології подовження життя поступаються технологіям припинення життя – евтаназії. Крім того, розповсюдження технологій подовження життя призвело до появи великої кількості хворих у непритомному стані, життя яких штучно підтримується за рахунок технічних засобів, що в умовах ринкової економіки негативно впливає на бюджет охорони здоров'я, навіть у розвинених країнах. Чи є людина у такому разі взагалі живою? Сьогодні виникають також інші питання. Так, чи можна вважати людину, яка існує за допомогою технічних засобів, особистістю?

Однозначної відповіді не існує. Тому ідея та практика штучної смерті набуває дедалі більше прихильників. Людина в перед- та термінальних станах перетворюється на об'єкт маніпулювання з боку суспільства, медицини або родини. Смерть перестає бути таємницею, перестає бути певним табу. Вона відчужується від людини, стандартизується і дегуманізується.

Важлива особливість біоетики саме в тому, що кожне людське життя усвідомлюється як щось *унікальне*. Нова медична біоетика знаходить різні відповіді на вічні людські питання, розширює кордони дії гуманізму. Якщо розуміти смерть як благо, звільнення від непотрібних надмірних страждань конкретної людини при незворотних процесах вмирання, то евтаназія стає вибором між гуманним відношенням до людини як особистості

і відношенням до неї як до об'єкта дослідження та маніпулювання.

Юристи США запропонували кожному, хто бажає розпорядитися своєю смертю, скласти особливий документ, в якому зафіксовано ставлення людини до подібних складних ситуацій у перед- та термінальних стадіях життя, а також до можливості евтаназії. Сьогодні такий документ використовується медиками 38 країн світу. Однак при цьому побутує думка, що легалізація цього права може призвести до поширення недобровільної евтаназії [12]. В Україні (як і в Російській Федерації та більшості країн світу) евтаназія не легалізована, але практикується у пасивному чи активному виді в клінічній діяльності лікарів. Водночас Україна визнала поняття смерті людини як “смерті мозку” у спеціальному законі про трансплантацію органів та анатомічних матеріалів людини (1999). Мабуть, уже час запитати: чи, все ж таки, існує в Україні клінічна практика евтаназії? Як хворій людині подолати біль, страждання та страх смерті при сучасному стані охорони здоров'я? І нарешті, якщо ми не визнаємо права людини на смерть, чи можемо розпочати обговорення цієї проблеми?

Таким чином, хоспіси, і взагалі рух допомоги вмираючим, є альтернативою евтаназії. Ця форма соціальної роботи побудована на засадах світоглядних принципів біоетики і є важливим цивілізаційним фактором сучасного соціального життя:

- по-перше, реалізує право пацієнта на знеболювання, на гідну смерть – одне з найважливіших прав особистості;
- по-друге, створення системи хоспісів в Україні сприятиме демократизації та гуманізації нашого суспільства. Хоспісний рух може стати своєрідними “соціальними ліками” для громадян, установ охорони здоров'я та соціального забезпечення, суспільства в цілому;
- по-третє, створення хоспісів має позитивно вплинути на подальший розвиток демократичних суспільних відносин в Україні.

У загальному вигляді можна сформулювати основні принципи організації та політики хоспісного руху:

- хоспіс – дім життя, а не смерті;
- за смерть не можна платити. Вона – закономірне явище, яке не можна прискорювати або штучно гальмувати;

- хоспіс є альтернативою евтаназії;
- хоспіс – не установа, а люди, які люблять, дбають та страждають;
- хоспіс – це світогляд гуманізму.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Конституція України. Розд. 1. Загальні засади. – Ст. 3. – Київ, 1996.
2. Калиновский П.П. Переход: последняя болезнь, смерть и после. – М., 1993. С. 116–122.
3. V.R.Potter. Bioethics: the sciens of survival // Perspectives in biology and medicine, 1970, 14 (1), с. 127–153.
4. V.R.Potter. Bioethics: bridge in future, Englewood Cliffs (NJ), Prentice Hall, 1971.
5. Сгречча Элио, Трамбоне Виктор. Биоэтика. Учебник. – Библиейско-богословский институт св. апостола Андрея. – 2002. – С.23.
6. Diskinson G.E. Communication: Changes in death education in US medical schools during 1975–1985 // J. Med. Educ. – 1985. – V. 60. – N 12. – P. 942–943.
7. Фуко М. Жизнь: опыт и наука // Вопросы философии, 1993. – № 5. – С. 43–53.
8. Фуко М. Рождение клиники. – М: Смысл, 1998. – 310 с.
9. Биоэтика: принципы, правила, проблемы. – М.: Эдиториал УРСС, 1998. – 472 с.
10. Вековшиніна С.В., Кулініченко В.Л. Історичні засади та основи біоетики // Мультиверсум. Філософський альманах: Зб.наук.праць. – Вин.12. – К.: Український центр духовної культури, 2000. – С. 37–49; Кулиниченко В.Л. Современная медицина: трансформация парадигм теории и практики (Философско-методологический анализ). – К.: Центр практической философии. 2001. – 240 с.
11. Коновалова Л.В. Проблема смерти и современная биоэтика // Идея смерти в российском менталитете. – Спб.: Изд-во русского христианского гуманитарного института, 1999. – С. 137–150.
12. Зильбер А.П. Этика и закон в МКС. – Т. 4. – Петрозаводск: Изд-во Петр-ГУ, 1998. – 560 с.