

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Філософський факультет

Кафедра етики, естетики і культурології

**«БІОЕТИКА: ПРОБЛЕМИ СТАТУСУ ТА ЗАСАДНИЧИХ ПРИНЦИПІВ»**

Кваліфікаційна робота за спеціальністю 033 «Філософія»

на здобуття освітнього ступеня бакалавра філософії

Студент-виконавець:

**Чала Олександра Ігорівна**

IV курс

спеціальність 033 «філософія»

ОПП «Філософія»

---

Науковий керівник:

**Нападиста Валентина Григорівна**

к.філос. н., доцент

---

(підпис)

Допущено до захисту:

Зав. кафедри \_\_\_\_\_

Київ-2021

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I. БІОЕТИКА: СТАТУСНІ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ В СУЧАСНОМУ ЕТИКО-ФІЛОСОФСЬКОМУ ДИСКУРСІ.....	6
1.1. Предмет, основні проблеми та тематичні спрямування біоетики у викликах сучасності.....	6
1.2. Філософсько-світоглядні засади біоетики.....	10
1.3. Біоетика як інституційна етика.....	21
РОЗДІЛ II. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ СУЧАСНОЇ БІОЕТИКИ.....	25
2.1 Універсальні принципи біоетики як філософсько-антропологічні орієнтири для правового регулювання сфери охорони здоров'я.....	25
2.2 Біоетичні проблеми управління пандемією COVID-19.....	39
ВИСНОВКИ.....	44
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	46

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Багатовіковий досвід розвитку філософії переконує, що проблема людини – це вічна проблема філософії, завданням якої є пошук шляхів вільного розвитку особистості, захист екзистенційних прав людини, а в умовах сучасної біотехнологічної революції – захист її біосоціальної цілісності. Вирішення цього питання передбачає глибоке теоретичне вивчення проблеми людини з урахуванням природничих і філософських уявлень про її природу. Соціально-етичні проблеми вивчення людини виникли як закономірний наслідок науково-технічного і соціального прогресу, як потреба захистити людину від агресивного вторгнення науки і біомедицини в її природу. Це, перш за все, пов'язано з тим, що вона відповідає на найбільш серйозні виклики, які кидає сучасна техногенна цивілізація.

На початку третього тисячоліття стало очевидно, що бурхливий розвиток науково-технічного прогресу, негативно відбився на стані навколишнього середовища. Лише в останні десятиліття ми почали намагатися аналізувати свої вчинки і переглядати моральні цінності. Жити в гармонії з природою і поважати будь-який прояв життя на Землі – ось необхідні умови для подальшого розвитку людського суспільства. Прагнення людини знайти оновлену систему моральних орієнтирів, духовний потенціал, на який можна було б спиратися як в процесі розвитку науки і технологій, так і в повсякденному житті, втілюється в новій сфері людського знання – біоетиці.

Сьогодні біоетика – це не тільки наука, а й унікальна форма світогляду, що припускає певне моральне ставлення людини до навколишнього світу, його уявлення про нього і про своє місце в цьому світі. Тому звернення до етичної проблематики, до біоетики, що захищає саме життя, є актуальним завданням, задля формування правильних моральних цінностей сучасного суспільства. На цьому етапі лікарям усіх спеціальностей необхідно знати історію виникнення, становлення, задачі і принципи розвитку біомедичної етики, як науки, а також

розвиток і становлення національної системи охорони здоров'я. Біоетика є важливою складовою нашого життя, тому як ми живемо в ХХІ столітті, столітті високих технологій, коли одне за одним відбуваються відкриття в області біології і медицини, адаптація і перетворення яких відбувається в межах біоетики. Ця наука виникла як нагальна потреба вирішення проблем, які постали у зв'язку з тим, що людина стала по-іншому ставитися до самої себе і до всього, що її оточує.

**Ступінь наукової розробки теми.** Вивченню біоетики присвячено багато праць та досліджень відомих науковців, які займалися вирішенням основних біоетичних проблем. Значний внесок у розробку біоетичних досліджень, внесли, насамперед, зарубіжні дослідники: К. Вокс, Д. Каллахан, Е. Пеллегрін, В.Р. Поттер, П. Рамсей, Дж. Флетчер, Р. Фокс. Слід зазначити, що термін «біоетика» використовується в роботах цих дослідників для позначення різних явищ. Або його використовують для позначення філософської концепції, або для сукупності проблемних ситуацій у біомедичній сфері. Настільки невизначена оцінка є наслідком складності даного феномена.

Дослідженням біоетичних проблем та опрацюванням етико-культурних моделей біоетики займалися Е. Згречча, Л. Меліна, С. Спінзанті.

Осмисленням нової реальності в сфері медико-біологічної діяльності присвячені роботи американських вчених Е. Кюблер-Росс, С. Гроф, К. Гроф, Р. Моуді.

Активне дослідження біоетичної проблематики американськими вченими, у свою чергу, стало одним зі стимулів для розвитку біоетичної думки на пострадянському просторі. Філософсько-етичні та методологічні проблеми біоетики знайшли своє відображення в роботах таких російських філософів як А. А. Гусейнов, О. П. Огурцов, І. В. Сілуянова, П. Д. Тіщенко, І. Т.Фролов, Ю. В. Хен, Б. Г. Юдін.

Серед білоруських дослідників, особливу увагу яких привернули проблеми біомедичної етики, провідними фахівцями вважаються Т. В. Мішаткіна та Я. С. Яскевич.

Грунтовні напрацювання з біоетичної проблематики є і у вітчизняному науковому просторі. Серед авторитетних фахівців варто назвати М.М. Кисельова, В.Л. Кулініченка, С.В. Пустовіт, В.Ф. Чешка.

**Об'єкт дослідження** – біоетика в сучасному соціокультурному просторі.

**Предметом дослідження** є біоетика в статусних диференціаціях та засадничих принципах в контексті сучасних викликів.

**Метою дипломної роботи** є аналіз сучасного біоетичного дискурсу щодо статусних колізій та основних конфігурацій засадничих принципів біоетики.

Реалізація поставленої мети зумовила необхідність вирішення таких **завдань**:

- розглянути еволюцію предмета, тематичних напрямів біоетики та особливості їхньої трансформації у відповідності до запитів сучасності;
- дослідити філософсько-світоглядні засади біоетики в сучасному біоетичному дискурсі;
- проаналізувати конфігурації універсальних принципів біоетики як філософсько-антропологічних орієнтирів для правового регулювання сфери охорони здоров'я.
- з'ясувати біоетичні проблеми в управлінні пандемією COVID-19 та їхній вплив на перегляд актуальної конфігурації засадничих принципів біоетики.

**Структура дипломної роботи** складається зі вступу двох розділів, що містять в собі 5 підрозділів, висновку та списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи – 50 сторінок, список використаних джерел – 41 найменування.

## РОЗДІЛ I

### БІОЕТИКА: СТАТУСНІ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ В СУЧАСНОМУ ЕТИКО - ФІЛОСОФСЬКОМУ ДИСКУРСІ

#### 1. Предмет, основні проблеми та тематичні спрямування біоетики у викликах сучасності.

Біоетика – новий міждисциплінарний науковий напрям, що об'єднує медико-біологічне знання і загальнолюдські цінності і досліджує людську поведінку в світлі моральних цінностей і принципів в рамках наук про життя і здоров'я людини [36]. Сьогодні біоетика – це науковий напрям (1), академічна навчальна дисципліна (2) і соціальний інститут (3), які виникли як відповідь на складні антропологічні, соціальні та етичні проблеми, породжувані прогресом біомедичної науки і практики. Тому причини формування біоетики носять комплексний характер, обумовлений єдністю соціальних, етичних і біомедичних проблем [33, с. 2].

Італійські фахівці Е. Сгречча і В. Тамбоне пишуть: «Комусь біоетика представляється рухом ідей, які видозмінюються в історичному контексті або в аспекті історизму, хтось розглядає її швидше як методологію зіставлення і дослідження на стику біомедичних і гуманітарних наук, хтось вважає біоетичне мислення виразом моральної філософії, а хтось вважає, що ця наука може бути визначена як автономна дисципліна, яка відіграє свою особливу роль, відмінну як від професійної етики, так і від судової медицини і прав людини» [12, с. 112].

Предметом біоетики є комплекс спірних етичних питань, які можна визначити в процесі медичної практики, в ході біомедичних досліджень та експериментів або в поєднанні обох цих видів професійної діяльності. На думку Ю. Кундієва: «Біоетика або етика життя – це розділ прикладної етики, філософської дисципліни, що вивчає проблеми моралі передусім стосовно людини та всього живого, визначає, які дії щодо живого з моральної точки зору є припустимими, а які – неприпустимими. Або інакше: біоетика – це органічне

поєднання новітніх досягнень біологічної науки та медицини з духовністю. У сучасному суспільстві вона стала ознакою цивілізованості» [9, с. 13].

Біоетика включає широке коло соціально-економічних, моральних та правових проблем, зміст та глибина яких постійно змінюється в ході розвитку біології, медичної науки та практики. Характерне завдання біоетики полягає у всебічному аналізі таких проблем з метою їх з'ясування та вирішення.

Окрім терміна «біоетика», часто використовується інша комбінація слів, «біомедична етика». Обидва ці терміни стали загальноживаними в сучасній мові і можуть використовуватися як синоніми, але між ними є деякі відмінності. Термін «біомедична етика» зосереджується на проблемах, що стосуються практичної медицини. У цьому контексті термін «біоетика» охоплює ширший спектр спірних питань, включаючи соціальну медицину, юридичні питання в біології та етику біомедичних досліджень та експериментів. У будь-якому випадку ми повинні розуміти «практичну медицину» в широкому розумінні, включаючи як професійну діяльність лікарів, так і діяльність інших спеціалістів, пов'язану зі службами охорони здоров'я.

Співвідношення між біоетикою та теорією моралі є складним. По-перше, ми маємо філософів, як основних просвітителів у галузі біоетики, і для багатьох філософів їхня дисципліна майже за визначенням є теоретичною. Отож, коли їх просять розглянути роль морального теоретизування в біоетиці, природною позицією таких філософів є те, що моральна теорія відіграє вирішальну, якщо не обов'язкову роль. У той же час є ті, хто ставить під сумнів модель “прикладної етики” біоетики. Приблизно на цій моделі одна чи інша моральна теорія (наприклад, утилітаризм, кантова деонтологія, теорія чеснот) накладається на прикладну етичну проблему, що розглядається, в надії отримати рішення. Така модель, на думку її недоброзичливців, перебиває відокремлення теоретичного від прикладного.

Важливо також сказати і про те, що собою являє прикладна етика. Ми коротко розглянули різноманітність завдань та проблем, на які спрямована біоетика. Але ми також повинні коротко вивчити шляхи, в яких біоетика є і

була концептуалізована. Таке дослідження є важливим, оскільки питання про природу прикладної етики часто є неявними питаннями про співвідношення між теоретичним та прикладним або між «теорією» та «практикою». Сам термін прикладна етика свідчить про те, що дисципліна передбачає застосування якогось роду чи іншої моральної теорії до практичної проблеми чи питання. «Багато авторів у галузі біоетики застосовують прикладну етику, щоб передбачити застосування існуючих теорій та принципів до моральних проблем у медицині [11, с. 4]». Але що означає застосовувати існуючу теорію до практичної проблеми? Наскільки легко можна відстояти різницю між прикладною етикою та етичною теорією?

А. Каплан стверджує, що існують проблеми з такою моделлю прикладної етики (яку багато хто називає «прикладною моделлю»). Застосована модель прикладної етики також передбачає, що особи, які беруть участь в аналізі та вирішенні моральної проблеми, вважають, що суть та опис проблеми чи недоліки не суперечать, де насправді часто не ясно, що саме є моральним питанням, про яке йдеться [23, с. 25]. Ця модель також включає наївну думку, стверджує Каплан, а саме, що завдяки знанням теорії моралі добре навчений філософ може майже відразу вирішити моральні дилеми у відділенні інтенсивної терапії або у відділенні невідкладної допомоги [23, с. 27].

Погляд на те, що біоетика є формою прикладної етики, також був висвітлений у книзі Тома Бошампа та Джеймса Чайлдреса «Принципи біомедичної етики» (1979). Бошамп і Чайлдрес стверджували, що етичні проблеми можуть бути вирішені шляхом застосування чотирьох принципів: автономії, нешкідливості, благодійності та справедливості [22, с.10]. Найважливіше, що вони диференціювали ці нормативні принципи, що стосувалися визначення того, що має бути, від емпіричної роботи, проведеної соціологами, яка, на їхню думку, просто описувала, як все було і було

«вторинним» для біоетики. Ці аргументи, безперечно, видалися переконливими: філософи, або те, що Пітер Сінгер називав «моральними експертами», мали впливову присутність у федеральних органах, таких як Національна комісія з охорони людських суб'єктів у біомедичних дослідженнях, і в основному несли відповідальність за рекомендації 1979 року, відомі як звіт Бельмонта, в яких стверджувалося, що дослідження повинно відповідати принципам поваги до людини, ефективності та справедливості. Але цей акцент на філософії відкинув тих соціологів та антропологів, які також вивчали етичні проблеми в галузі охорони здоров'я протягом 1970-х р.

Проблеми біоетики містять багатючий матеріал для філософії, тому що в них з особливою силою виявляються такі традиційні питання, як сутність душі, морального початку тощо. Подальше просування по шляху пізнання і самопознання людини – процес неминучий, пов'язаний з небаченою раніше відповідальністю. Тому на перший план сьогодні виходять питання, пов'язані з широкою поінформованістю суспільства про хід досліджень і характер практичних дій щодо здоров'я людини, а також стосуються напрацювання моральних рекомендацій та юридичних норм.

Оскільки біоетика виникла на початку 1970-х, філософи моралі та теоретики політики були готові взяти участь у дебатах з будь-якої кількості практичних питань у таких галузях, як право, економіка, навколишнє середовище, бізнес та медична практика. Ці вчені, зрозуміло, сподівались, що їхні знання моральної теорії дадуть можливість їм застосовувати своє теоретичне розуміння до реальних проблем, і, що їх навички критичного аналізу будуть оцінені. Навіть сьогодні така впевненість у корисності моральної теорії для вирішення практичних проблем проявляється у вступі до підручників з біоетики, багато з яких включають обговорення принаймні основ консеквенціалізму, теорії чеснот, деонтології тощо.

Зробімо висновок: який зв'язок між теорією моралі та біоетикою? На це питання немає однозначної відповіді. Так багато залежить від того, чи будемо ми розглядати біоетику в її академічних, клінічних чи політичних орієнтаціях. Окрім цього, сама різниця між моральною теорією та проблемами, що мають вирішуватись у практичній сфері була поставлена під серйозне питання. Тим не менш, важко уявити біоетику (у будь-якій формі) за повної відсутності моральної теорії. Особливо як сукупність предметних організаційних припущень про мораль та прихильність певного підходу до моральних міркувань, важко розглядати моральну теорію як щось інше, ніж необхідне для біоетики.

## **1.2. Філософсько-світоглядні засади біоетики.**

Біоетика є складним феноменом сучасної культури, що виник на початку 70-х років минулого століття в США. «Наприкінці ХХ ст. людство усвідомило, що досягти істинного прогресу без високої моралі, моральних норм та правил неможливо. Вони конче потрібні не тільки для того, щоб захистити кожного окремого індивідуума – хворого чи здорового, дитину чи людину похилого віку, а й саме життя на Землі. Так народилася біоетика» [15, с. 63]. Першу книжку, присвячену їй, написав американський учений, лікар В. Р. Поттер у 1971 р. із символічною назвою «Біоетика – міст у майбутнє». В. Р. Поттер мав на увазі, що тільки формування нового стилю мислення, в якому пріоритетними будуть цінності виживання, здатне забезпечити людству збереження життя і можливість майбутнього. Якщо вдатися до аналізу ролі біоетики сьогодні та уявити її у майбутньому, то в цій назві немає жодного перебільшення. Він закликав об'єднати зусилля представників гуманітарних наук і природознавців (перш за все біологів і лікарів) для того, щоб забезпечити гідні умови життя людей. Вводячи поняття «біоетика», Поттер говорив про «нову дисципліну, що з'єднає в собі біологічні знання і пізнання системи людських цінностей» [36, с. 134]. Він підкреслював: «Я вибрав корінь біо для символізації біологічного знання, науки про живі системи, і ethics для символізації пізнання системи

людських цінностей» [13, с. 3]. В. Р. Поттер вважав, що поділ між етичними цінностями, які є частиною людської культури в широкому сенсі, і біологічними фактами лежав в основі того науково-технічного процесу, який став загрожувати людству і самому існуванню життя на землі. У зв'язку з цим він і назвав біоетику наукою виживання.

Варто зазначити, що «перше розгорнуте обговорення проблем біоетики відбулося в м. Нюрнберзі в 1946 р. Це було пов'язано з медичними дослідженнями на людях, проведеними німцями в роки Другої світової війни. Саме тоді в Нюрнберзі був створений перший Міжнародний документ з біоетики, так званий «Нюрнберзький кодекс» [1, с. 19]. Цей документ, що визнавав за випробовуваними право на поінформований консенсус і зобов'язував експериментатора забезпечити їхній об'єктивний захист, був одним з перших документів про біоетику. Нюрнберзький кодекс – був прийнятий Нюрнберзьким трибуналом після завершення Нюрнберзького процесу над нацистськими лікарями в серпні 1947 року. На цьому процесі були розкриті кричущі факти жахливих медичних експериментів над мільйонами людей. Нюрнберзький кодекс став першим міжнародним документом, що описував принципи проведення медичних дослідів на людях та впроваджував етичні норми для вчених, які займаються медичними експериментами.

Основний принцип сформульований Нюрнберзьким трибуналом в рамках Нюрнберзького кодексу зводиться до того, що для проведення експерименту на людині необхідна її добровільна усвідомлена згода після надання їй повної інформації про характер, тривалість та мету проведеного експерименту; про методи та способи його проведення; про всі передбачувані незручності і небезпеки, пов'язані з проведенням експерименту, і, нарешті, можливі наслідки для фізичного або психічного здоров'я випробуваного, що можуть виникнути в результаті його участі в експерименті.

Принципи, сформульовані в Нюрнберзькому кодексі, стали основою для багатьох міжнародних і національних законодавчих актів у сфері проведення медичних досліджень на людині.

Основне завдання біоетики – сприяти виявленню різних позицій з найскладніших моральних проблем, які лавиноподібно породжуються прогресом біомедичної науки і практики. Чи можна клонувати людину? Чи допустимі спроби створення генетичними методами нової «породи» людей, які будуть наділені високими фізичними та інтелектуальними якостями? Чи потрібно питати дозволу у родичів померлого при заборі його органів для пересадки іншим людям? Чи можна і потрібно говорити пацієнтові правду про невиліковне захворювання? Чи є евтаназія злочином або актом милосердя? Біоетика покликана сприяти пошуку морально обґрунтованих і соціально прийнятних рішень цих та подібних їм питань, які постають перед людством практично щодня.

Основна відмінність біоетики від традиційної, гіппократівської етики – в тому, що остання носить суто корпоративний характер. Вона розглядає лікаря в якості єдиного морального суб'єкта, що виконує обов'язок перед пацієнтом, який є пасивним і не бере участі у виробленні життєво важливого для нього рішення, оскільки перебуває в ролі страждаючого індивіда. Біоетика виходить з ідеї «активного пацієнта», який, будучи моральним суб'єктом, вступає в складні діалогічні (а часом і конкурентні) відносини з іншими суб'єктами – лікарями і вченими.

Історія показує, наскільки небезпечно намагатися нав'язати суспільству одну на всіх систему ідеологічних, національних, релігійних чи інших цінностей. Усі ми відрізняємося за своїми ціннісними уподобаннями, але в той же час ми всі громадяни одного суспільства. Необхідно, незважаючи на всі відмінності і, більш того, повною мірою поважаючи їх, формувати навички спільного життя, в якому кожен має право бути відмінним від інших. Тому біоетика не просто вивчає моральні проблеми, що породжуються науково-технічним прогресом, але і бере участь у формуванні нових політичних інститутів, характерних для плюралістичного суспільства.

На думку Е.Сгречча і В. Тамбоне, на сучасному етапі біоетичне знання представлено трьома рівнями:

«(А) загальною біоетикою, яка, займаючись етичними підставами, вивчає початкові цінності і принципи медичної етики і документальні джерела біоетики (такі як міжнародне право, професійна етика, законодавство). Практично мова тут йде про справжню філософію моралі у власному розумінні цих слів, в її фундаментальній та інституційній частині;

(Б) спеціальною біоетикою, яка аналізувала головні проблеми, що розглядаються нею завжди в загальному ключі як в медичній, так і в біологічній сфері, і включає в себе генетичну інженерію, аборт, евтаназію, клінічне експериментування тощо.

(В) клінічною біоетикою, або біоетикою рішень на основі аналізу конкретних випадків лікарської і клінічної практики, що досліджує цінності, з якими ми стикаємося, і ті шляхи, на яких можна знайти етично вірну лінію поведінки, не змінюючи цим цінностям» [10, с. 37].

Біоетика є міждисциплінарним знанням. Вона поєднує філософію, етику, теологію, історію та право з медициною. Проаналізовано різні дисципліни щодо складної взаємодії людського життя, науки та техніки. Незважаючи на те, що її запитання старі, як людство, витоки біоетики як галузі є недавніми і складними для охоплення в одному погляді.

Як згадувалося раніше, термін "біоетика" був вперше введений в 1970 році. На це вплинули не лише досягнення в галузі наук про життя, зокрема медицини, але і значні культурні та суспільні зміни, що відбулися в той час, насамперед на Заході. Вдосконалення певних рятувальних процедур та технологій, таких як трансплантація органів та діаліз нирок, вимагало від медичних працівників прийняття складних рішень щодо того, які пацієнти отримуватимуть лікування, а які приречені на смерть. Водночас зростаюче значення, яке приділяється добробуту людей, сприяло змінам загальноприйнятого ставлення до шлюбу та сексуальності, народження та виховання дітей та громадянських прав. Кінцевим результатом було широке невдоволення традиційним медичним патерналізмом та поступове визнання

права пацієнта бути повністю поінформованим про свій стан та зберігати певний контроль над тим, що відбувається з його тілом.

Однак область біоетики зараз охоплює цілий спектр проблем – від складних приватних рішень, що приймаються в клінічних умовах, до суперечок навколо досліджень стовбурових клітин, до наслідків репродуктивних технологій, до більш широких проблем. Цей масив інтересів чітко узагальнено під рубрикою чотирьох областей Центру практичної біоетики: «Старіння та кінець життя», «Клінічна та організаційна етика», «Науки про життя» та «Розбіжності в охороні здоров'я».

Міждисциплінарний діалог сприяє унікальним заслугам галузі, застосовуючи основоположні дисципліни філософії та теології, а також включаючи точки зору з різних інших дисциплін, включаючи соціологію, медицину, медсестринство, антропологію та право. У біоетиці розглядаються важливі питання: цілі наук про життя та охорону здоров'я, значення розподільчої справедливості та проблеми в глобальній системі охорони здоров'я. Біоетики досліджують ще глибші проблеми, такі як сенс життя і смерті, біль і страждання, права та обов'язки.

Оскільки галузь продовжує розвиватися, біоетика стала помітною силою в законодавстві та державній політиці, а також в інших практичних застосуваннях теоретичних принципів. Розвиток біоетики обумовлений тим, що в сучасному світі медицина зазнає цивілізаційних перетворень. Вона стає якісно іншою, не тільки більш технологічно оснащеною, а й більш чутливою до правових і етичних аспектів лікування [8, с. 24]. У даний час проблемне поле біомедицини та біоетики характеризується між- і трансдисциплінарними підходами і новою шкалою загальнолюдських духовних цінностей. Гуманізацію суспільства і зближення природничо-наукового і гуманітарного знання, які розширюють перспективи і межі наукового пошуку, забезпечують такі трансдисциплінарні області наукового знання, як біоетика, біомедична етика, екоетика. Біоетика не претендує на статус її норм як універсальних і

загальнообов'язкових, що і специфікує її становлення як міждисциплінарної науки.

Біоетичні питання часто пов'язані з різними галузями досліджень, включаючи науки про життя, біотехнології, охорону здоров'я, медицину, державну політику, право, філософію та теологію. Вони виникають на клінічній, дослідницькій та політичній аренах, як правило, у відповідь на досягнення в галузі біології, охорони здоров'я та технологій, зокрема біотехнологій.

Хоча біоетика починалася як багатoproфільна галузь дослідження, зараз вона є повноцінною дисципліною як такою. У міру того, як технології прогресують дедалі швидше, а питання, пов'язані з їх впровадженням, ускладнюються, біоетика буде продовжувати рости та набувати все більшого значення.

«Предметом вивчення біоетики є сукупність етичних питань, які пов'язані з медициною і біомедичними науками. Серед цих питань на сучасному етапі можна виділити наступні: етичні проблеми наукових досліджень в медицині; етичні проблеми генетичних технологій і вторгнення в репродукцію людини; етичні проблеми відношення до смерті і сучасних технологій продовження життя; проблеми трансплантації органів і тканин; етичні проблеми епідеміології, психічних захворювань; етичні проблеми соціальної справедливості в медицині» [38, с. 45]. Для вирішення цих завдань глобальна біоетика повинна будуватися на міждисциплінарній основі, об'єднуючи в собі соціальну біоетику, етику біомедичну і етику екологічну, які в своїй тісній взаємодії становлять структуру глобальної біоетики, знаходячи в її межах нові якості, загальну проблематику, нові методологічні підходи та механізми вирішення.

Коло питань, які, як вважається, потрапляють у сферу біоетики, варіюються залежно від того, наскільки широко визначено поле. У одному

загальноживаному застосуванню біоетика більш-менш еквівалентна медичній етиці або біомедичній етиці. Однак сам термін медична етика був оскаржений у світлі зростаючого інтересу до питань, що стосуються інших професій охорони здоров'я, крім медицини, зокрема медсестер. Професіоналізація сестринського догляду та сприйняття медсестер як самих етично відповідальних призвели до розвитку окремої галузі, відомої як сестринська етика. Відповідно, етика охорони здоров'я стала застосовуватися як більш інклюзивний термін. Однак біоетика є ширшою, ніж ця, оскільки деякі питання, які вона охоплює, стосуються не стільки практики охорони здоров'я, скільки проведення та результатів досліджень в галузі наук про життя, особливо в таких областях, як клонування та генна терапія, дослідження стовбурових клітин, ксенотрансплантація та довголіття людини.

У центр уваги сучасної біоетики висувається фігура людини як автономної особистості. Окремі функції людини не відриваються від цілого з дослідницькою метою. Людина сприймається в єдності всіх своїх життєвих обставин, індивідуальних особливостей, переконань, цілей і цінностей. Так, О.В. Летов у своїй статті акцентує увагу на повазі цілісності суб'єкта в біоетиці [12].

У вступі до енциклопедії біоетики Уоррен Т. Рейх вказав на три визначні причини появи біоетики:

1) Питання біоетики захопили сучасний розум, оскільки вони представляють основні конфлікти в галузі технологій та основних людських цінностей, які мають справу з життям, смертю та здоров'ям, головним чином завдяки тому, що впровадження сучасних біомедичних технологій, особливо з 1950-х років, посилило деякі віковічні питання і породило незрозумілі нові проблеми – продовження життя, евтаназія, пренатальна діагностика та аборти, експерименти на людях, генетичні втручання та репродуктивні технології, контроль поведінки та психохірургія, визначення смерті, право на приватне

життя, розподіл обмежених ресурсів та дилеми у підтримці стану здоров'я навколишнього середовища. «Технологія, що зірвалася з повідця» подібна розігнати автомобіль без керма і гальм, її не зупиниш. Деякі вважають, що технологія – не просто набір відповідних знарядь, що використовуються людиною, а всеосяжна форма життя, глибока структура зі своєю власною логікою і динамікою. Вона породжує непередбачені і непередбачувані наслідки... Стикаючись з цією монолітною системою, індивідуум відчуває себе безсилим [14, с.83]».

2) Існує великий і широкий інтерес до біоетики, оскільки вона пропонує стимулюючий інтелектуальний та моральний виклик, у той час, коли це ті інструменти, які давно використовувались для вирішення моральних дилем, які зараз є предметом суперечок і в яких етичні принципи та пріоритети перебувають під систематичним контролем.

3) Швидкому зростанню галузі біоетики сприяла відкритість до міждисциплінарної роботи, яка характеризує сьогодні багатьох науковців та академічних установ, особливо в питаннях, що стосуються особистих та соціальних аспектів людської поведінки.

Біоетичний дискурс в сучасній культурі актуалізує проблеми природи людини. Високі біотехнології створюють передумови відкритості, інноваційної модальності людського існування, непередбачуваності онтологічної моделі особистості людини. Проектування альтернативного майбутнього людини і людства в контексті необмежених можливостей і успіхів медичних біотехнологій надає новий ціннісний вимір етиці техногенної цивілізації як моральної розсудливості і відповідальності, бо мова йде про моральний вимір нового часового горизонту існування людського роду в майбутньому [31, с.54].

Першою найважливішою передумовою формування біоетики є ідеологія екологічного руху. Науково-технічний прогрес породжує не тільки незліченну

кількість благ для людини і людства, а й загрози самому її існуванню і середовищу її проживання. Вплив екологічного мислення на біомедицину особливо прискорився у зв'язку з численними фактами несприятливого впливу традиційно вживаних лікарських засобів на організм людини.

Виходячи з викладеного, можна зрозуміти, чому саме в другій половині ХХ століття виникають і особливо активно починають розвиватися так звані еволюційний, синергетичний і системний підходи в пізнанні. Біоетика виникає в цей же час і, очевидно, є спробою відповіді на виклики техногенно-споживчої цивілізації і науково-технічного прогресу. Розвиток біоетики, таким чином, детерміновано наявністю певного соціокультурного запиту про межі можливого втручання науки і техніки з усіма розробленими на їх основі технологічними можливостями в тілесне і психічне життя людини.

На мою думку, потрібно розглянути питання, що вивчаються в біоетиці, і які можна згрупувати за кількома категоріями. Одна категорія стосується взаємовідносин між лікарем та пацієнтом, включаючи питання, що виникають внаслідок конфлікту між обов'язком лікаря сприяти здоров'ю свого пацієнта та правом пацієнта на самовизначення або самостійність, право, яке в медичному контексті зазвичай береться охоплювати право на повне інформування про свій стан та право на консультацію щодо курсу лікування. Чи зобов'язаний лікар повідомляти пацієнту, що він невиліковно хворий, якщо є вагомі підстави вважати, що це може пришвидшити смерть пацієнта? Якщо пацієнт із хворобою, що загрожує життю, відмовляється від лікування, чи слід поважати його бажання? Чи завжди слід дозволяти пацієнтам відмовлятися від використання надзвичайних заходів для підтримки життя? Ці питання ускладнюються, коли пацієнт не в змозі приймати раціональні рішення у власних інтересах, як у випадку з немовлятами та дітьми, пацієнтами, які страждають на інвалідні

психічні розлади, такі як шизофренія або дегенеративні захворювання мозку, такі як хвороба Альцгеймера, або ж вегетативний стан.

Інша категорія питань стосується безлічі філософських питань щодо визначення та значення життя і смерті, природи особистості, а також меж людської свободи та індивідуальної відповідальності. У який момент смертельно пораненого або невиліковно хворого пацієнта слід вважати померлим? Коли його життєві функції, наприклад серцебиття та дихання, припинились? Коли стовбур мозку перестав функціонувати? Чи наявність глибокої коми має бути достатнім для встановлення смерті? Ці та подібні питання стали актуальними у 1960-х роках, коли підвищений попит на людські органи та тканини для використання в операціях з трансплантації змусив медичних етиків встановити керівні принципи для визначення, коли допустимо вилучати органи у потенційного донора.

Приблизно в той самий час розвиток більш безпечних методів хірургічного абортів та зростаюча прийнятність абортів, як методу контролю народжуваності, спонукали до посилення дискусій про моральний статус плоду людини. У філософській дискусії ця проблема була сформульована з точки зору поняття «особистість». Головним питанням було те, чи – і якщо так, то на якому етапі плід є людиною в моральному сенсі? Якщо говорити трохи інакше, то питання полягало в тому, чи є люди особами без виключення, чи можуть бути люди, які не є особами, або особи, які не є людьми (до останньої категорії, на думку деяких, належать деякі вищі тварини та гіпотетичні істоти). Ці питання були підняті заново у наступні десятиліття у відповідь на розробку препаратів, таких як RU-486 (міфепристон), які викликають аборт до декількох тижнів після зачаття та використання стовбурових клітин, взятих з людських ембріонів, у дослідженнях щодо лікування таких станів, як паркінсонізм та травми центральної нервової системи.

Тісно пов'язаний набір питань стосується природи особистості. Недавні досягнення в техніці клонування, які дозволили успішно клонувати таких тварин, як вівці та кролики, відновили обговорення традиційного філософського питання про те, що, взагалі робить конкретну людину унікальною людиною, якою вона є. Чи є людина лише сумою інформації, закодованою в її генах? Якщо так, то чи є пацієнт, який пройшов генну терапію, іншою людиною від тієї, якою він був раніше, тобто, чи став він кимось іншим? Якби людину клонували, в якому сенсі вона була би копією свого «батька»? Чи були б він та його батьки однією людиною? Якби від одного батька клонували кількох людей, чи були б вони та їх батьки однією людиною?

Спроба зрозуміти особисту ідентичність з точки зору генетичної інформації також знову підняла філософські проблеми свободи волі та детермінізму. Наскільки, якщо такі є, людська особистість чи характер визначаються генетично, а не екологічно? Чи існують генетичні основи для певних типів поведінки, як, здається, існують для певних типів захворювань? Якщо так, то на які види поведінки впливають, і наскільки на них впливають, також фактори навколишнього середовища? Якщо поведінка хоча б частково зумовлена генетично, чи завжди люди повинні нести повну відповідальність за те, що вони роблять?

Нарешті, можливість розробки технологій, які могли б продовжити тривалість життя людини далеко за межі її теперішньої природної тривалості, якщо не на невизначений час, призвела до спекуляцій щодо цінності життя, значення смерті та бажаності безсмертя. Виникає питання: чи є життя внутрішньо цінним? У випадках, коли людина не страждає фізично чи емоційно, чи завжди краще бути живим, ніж мертвим? Якщо так, то чи раціонально бажати безсмертя?

Багато з цих філософських питань, незважаючи на відповіді на них, мають значні соціальні та правові виміри. Наприклад, досягнення в галузі медичних технологій можуть створити недоліки для деяких соціальних груп, або шляхом застосування таких способів, які завдають шкоди членам груп безпосередньо, або шляхом заохочення прийняття соціальної політики, яка несправедливо дискримінує їх. Відповідно, питання дискримінації в біоетиці виникли в деяких областях. В одній із таких областей, репродуктивній медицині, нещодавно розроблені методи дозволили батькам вибирати стать своєї дитини. Подібні занепокоєння висловлювались щодо все більшого використання абортів як методу контролю за народжуваністю в перенаселених країнах, таких як Індія та Китай, де існує значний соціальний та правовий тиск на обмеження розміру сім'ї і де діти чоловічої статі оцінюються дорожче, ніж жінки.

Формування та вражаючий прогрес біоетики пов'язаний з революційними змінами та досягненнями у галузі медико-біологічних дисциплін. Ми говоримо про розшифровку генома людини, клонування тварин, можливість клонування людини, штучну зміну статі, екстракорпоральну імпрегнацію, використання трансгенетичних рослин в їжу, успіх генної терапії, лікування із використанням ембріональних тканин, нові методи планування сім'ї, прогрес трансплантології, вдосконалення вакцинопрофілактики, впровадження новітніх технологій діагностики, лікування та профілактика різних захворювань людини. Питання медичної таємниці, евтаназії, конфлікти матері та плоду, концепції планування сім'ї та методології біомедичних досліджень потребують нової біоетичної оцінки.

У галузі генетики використання порівняно простих тестів для визначення сприйнятливості пацієнта до певних генетично спадкових захворювань призвело до занепокоєння у США та інших країнах щодо того, що результати таких тестів, якщо їх не захистити належним чином, можуть використовуватись

несправедливо медичними страховими компаніями, роботодавцями та державними установами. Окрім того, поява так званого «генетичного консультування», в якому майбутні батьки отримують поради щодо шансів нащадків успадкувати певне генетичне захворювання або розлад, дозволило парам приймати більш обгрунтовані рішення щодо розмноження, але також сприяло, на думку деяких біоетиків, до соціальної атмосфери набагато менш толерантної до інвалідності, ніж вона повинна бути. Така ж критика була висловлена проти практики діагностування, а в деяких випадках і лікування вроджених вад у ненароджених дітей.

Дослідження генетичних основ поведінки, хоча вони ще перебувають у зародковому стані, суперечливі, і їх навіть критикували як науково неправомірні. Однак якими б не були її наукові заслуги, вона, на думку деяких біоетиків, має потенціал заохочувати прийняття грубих моделей генетичного детермінізму при розробці соціальної політики, особливо в галузі освіти та попередження злочинів. Заявляється, що така політика може призвести до несправедливої дискримінації великої кількості людей, які, як вважають, генетично налаштовані на "небажані" форми поведінки, такі як агресія чи насильство.

### **3. Біоетика як інституційна етика.**

Біоетика об'єднує величезне коло соціально-економічних, етичних та правових питань, які розглядаються не лише медичним співтовариством, а й державними органами влади, громадськістю та засобами масової інформації. Біоетичні питання обговорюють авторитетні міжнародні організації – ООН, ЮНІСЕФ, ЮНЕСКО, Європейська рада та ВООЗ. Відповідні декларації, конвенції, угоди, рекомендації та резолюції цих організацій забезпечують

розробку національних правових та етичних норм практичних служб охорони здоров'я, медичних та біологічних досліджень.

Що стосується ситуації в Україні, то впродовж останніх десятиліть було зроблено важливі кроки на шляху впровадження етичних принципів у медичній практиці та біомедичній науці. Зокрема, при Кабінеті Міністрів України була створена Комісія з питань біоетики. Національна академія наук, Академія медичних наук та Міністерство охорони здоров'я України створили комітети з біоетики. Комітети з медичної етики діють у медичних закладах, де проводяться клінічні випробування нових лікарських засобів та біомедичні наукові дослідження. У Львові був засновано інститут біоетики імені Ярослава Базилевича на базі Львівського відділення Української академії державного управління при Президентові та інституту біоетики Римського університету імені А. Джамелі.

Важливий імпульс для подальшого розвитку біоетики в Україні дала конференція експертів Європейської ради з питань біомедицини в Страсбурзі (Франція), в якій взяла участь делегація з України. Учасники обговорили комплекс проблем, пов'язаних з Європейською конвенцією про захист прав та гідності людини у зв'язку з практичним використанням досягнень біологічних та медичних наук (дана конвенція була ратифікована Верховною Радою України у березні 2002 р). Ці питання набувають особливої актуальності в даний час у нашій країні.

Історично наша країна ввібрала елементи західної технологічної науки та східної духовності. Ця гармонійна єдність, безсумнівно, сприяє гуманізації медицини та розумінню людської істоти як єдності біологічної, психологічної та соціальної складових. Співпраця українських вищих медичних навчальних закладів із закордонними медичними університетами в адміністративних,

наукових та освітніх регіонах сприяє взаємному проникненню та збагаченню нашої культури.

Зростання інтересу громадськості до біоетики співпало з реформуванням системи охорони здоров'я та вищої освіти, а також розвитком нової концепції первинної медичної допомоги в Україні. Сьогодні ми маємо унікальну можливість впровадження досягнень біомедичної етики в практику сімейних лікарів.

Слід зауважити, що в питаннях біоетичного розвитку наша держава з відомих причин відстає навіть порівняно з Росією, де вже тривалий час плідно працює загальноакадемічна програма Російської АН «Людина, наука, суспільство: комплексні дослідження». Біоетика є обов'язковою дисципліною у всіх медичних закладах Заходу, її активно залучають до навчальних програм у системі середньої освіти. У розвинених країнах Європи та в США такий пріоритетний напрям сучасної науки, як біологія, займає в бюджеті витрат на науку взагалі третю частину. З таким ставленням до науки, яке склалося в нашій державі, ми ризикуємо безнадійно відстати, попри свої пріоритети та напрацювання, від розвинених країн світу, в коло яких так прагнемо «інтегруватися».

У формуванні біоетики велику роль відіграють наукові відкриття, але основою цієї дисципліни є саме моральні принципи і гуманістичні цінності, біоетика не абстрагується від людини, а головний її пріоритет – це інтереси людини. Біоетика є тим новим типом етики, головним предметом якої є виживання людства в сучасних умовах, захист інтересів і прав людини, захист прав тих, хто був поставлений в силу об'єктивних обставин перед обличчям ризику і негативних наслідків нових біомедичних технологій.

Отже, біоетика стала логічною відповіддю на численні етичні питання та проблеми, які з'явилися у другій половині ХХ ст. в процесі клінічної роботи,

біомедичних досліджень та експериментів. Вона покликана не лише виявляти та аналізувати конфліктні ситуації на стику медицини, біології, філософії та юриспруденції, але й визначати конкретні шляхи їх вирішення.

Підсумовуючи перший розділ, можна ствердувати, що основними проблемами розгляду біоетики є новітні досягнення в біології та медицині з точки зору визначення рівня їх небезпеки для людини та суспільства в теперішньому та майбутньому. Біоетика спрямована на розробку моральних та законодавчих заходів, які б захистили людину, суспільство та людство в цілому від небажаних, а часом і руйнівних наслідків впровадження нових медико-біологічних технологій на практиці. Розвиток біоетики став безпосереднім результатом впровадження досягнень науково-технічної революції на практиці в ситуації глибокої ідеологічної кризи та зростання глобальних екологічних проблем. Величезний успіх медичних та біологічних наук породив велику кількість питань морального характеру. Справа зводиться до ситуації, коли люди намагаються розповсюдити свій контроль над власною еволюцією та вимагають не просто підтримки свого життя, а вдосконалення та зміни своєї природи залежно від власного розуміння. У цій ситуації виникають обґрунтовані дискусії щодо етичної основи та моральної компетентності таких дій.

Біоетика являє собою основу для встановлення науково обґрунтованого балансу між новітніми медичними та біологічними технологіями, з одного боку, та правами людини, принципами гуманізму та суспільного прогресу з іншого. Біоетика ґрунтується на повазі життя та гідності здорових та хворих людей, інтереси яких завжди слід оцінювати вище, ніж інтереси науки чи суспільства. Провідним постулатом біоетики є принцип автономії з непорушністю психічного та фізичного статусу людини, який реалізується згідно з правилом інформованої згоди пацієнта та суспільства на виконання лікувально-профілактичних маніпуляцій.

## РОЗДІЛ II

### ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ СУЧАСНОЇ БІОЕТИКИ

#### **2.1 Універсальні принципи біоетики як філософсько-антропологічні орієнтири для правового регулювання сфери охорони здоров'я.**

Етичний вибір, як незначний так і фундаментальний, трапляється чи не щодня при наданні медичної допомоги особам з різними цінностями, що живуть у плюралістичному та полікультурному суспільстві. В умовах такої різноманітності актуалізується питання: «Де ми можемо знайти рекомендації щодо моральних дій, коли виникає плутанина або конфлікт щодо того, як слід чинити?» Такі рекомендації повинні бути загальноприйнятними для релігійних та нерелігійних груп, а також для представників різних культур. Через безліч змінних, що існують у контексті клінічних випадків, а також через те, що в охороні здоров'я існує кілька етичних принципів, які, здається, застосовуються у багатьох ситуаціях, ці принципи не вважаються абсолютними, але слугують потужним керівництвом у клінічних випадках.

Деякі принципи медичної етики використовуються протягом століть. Знаменитий лікар античності Гіппократ (460 – 370 роки до нашої ери) залишив після себе настанови про підготовку до хірургічних операцій, інструкції по трепанації черепа і вправлення вивихів, а також рецепти для швидкого загоєння ран. Однак його ім'я прославила клятва, яка дві з половиною тисячі років служила для медиків етичною точкою відліку. Вона вперше була прийнята його учнями на грецькому острові Кос. Початковий її варіант був написаний Гіппократом в V столітті до нашої ери, на іонійському діалекті старогрецької мови, – «*Hippocratis ius – iurandum*». З тих пір текст клятви багаторазово перекладався на інші мови, піддавався редагуванню, істотно змінивши його первісний зміст. Багато в чому, всі існуючі на сьогоднішній час медичні клятви є сучасними редакціями клятви Гіппократа.

«Клятва Гіппократа» – загальноновживана назва урочистої обіцянки, принесеної кожним, хто збирається вступити на шлях лікування. Наприклад, у IV столітті до н. е. Гіппократ вказував лікарям «допомагати і не робити шкоди». Принцип поваги до автономії особистості є базовим. У вченні І. Канта людина має моральну свободу і є автономною, оскільки це є самоціллю, особа є власним законодавцем. «Автономія – це свобода від примусу та можливість самостійно діяти і вирішувати [10; с. 42]».

Як впливає з політичного походження терміна «автономос», існує також тісний зв'язок між індивідуальною автономією та політичною організацією суспільства. Сучасні політичні філософії, представлені Дж. Роулзом, Р. Дворкіном та Ю. Хабермасом, високо цінують індивідуальну автономію як основу політичної структури суспільства. Подібним чином, міркування поваги до людей та справедливості були присутніми в розвитку суспільств з найдавніших часів.

Що стосується підґрунтя прийняття етичних рішень у медицині, то у 1979 році Т. Бошамп та Дж. Чайлдресс опублікували перше видання "Принципів біомедичної етики", популяризуючи використання принципізму в спробах вирішити етичні проблеми в клінічній галузі. Того ж року три принципи – поваги до людей, доброзичливості та справедливості – були визначені в якості орієнтирів для відповідальних досліджень із використанням людей у звіті Бельмонта (1979).

Таким чином, як у клінічній медицині, так і в наукових дослідженнях прийнято вважати, що ці принципи можна застосовувати навіть за унікальних обставин, щоб дати вказівки на виявлення наших моральних обов'язків у цій ситуації. Такі принципи, як повага до людської автономії, гідності, турбота про цілісність та приділення уваги вразливості, доброзичливості (діючи з найкращими інтересами у стосунку до іншого), не зловживання та справедливість відіграють вирішальну роль у формуванні глобальних норм біоетики.

Принципи біомедичної етики Бошампа і Чайлдреса є класикою у галузі медичної етики. Ці принципи були аргументовані як принципи середнього рівня, що опосередковують моральну теорію високого рівня та загальну мораль низького рівня, і вони відразу ж стали дуже популярними в працях про медичну етику. Упродовж багатьох років Бошамп і Чайлдрес розробляли цей підхід і енергійно захищали його від різноманітних критичних запитань, які були підняті.

Біоетики часто посилаються на чотири основні принципи етики охорони здоров'я, оцінюючи переваги та труднощі медичних процедур. В ідеалі, щоб медична практика вважалася "етичною", вона повинна поважати всі чотири з цих принципів. Слід розглянути ці основні принципи біоетики – це чотири загальновизнані принципи етики охорони здоров'я, які включають:

1. Принцип поваги до автономії.
2. Принцип «не нашкодь».
3. Принцип благодійності.
4. Принцип справедливості.

1. Повага до автономії. Цей принцип є основою для практики «інформованої згоди» у діях операціях лікаря/пацієнта щодо охорони здоров'я. Потрібно, щоб пацієнт мав самостійність думок, намірів та дій при прийнятті рішень, що стосуються його здоров'я. Отже, процес прийняття рішень не повинен мати примусу чи примушення. Для того, щоб пацієнт міг прийняти повністю обґрунтоване рішення, вона/він повинен розуміти всі ризики та переваги процедури та ймовірність успіху.

У первинному розумінні ми завжди повинні поважати автономність пацієнта. Така повага – це не просто питання ставлення, а спосіб поведінки, щоб визнати і навіть сприяти автономним діям пацієнта. Автономна особа може вільно обирати цінності, лояльність або системи релігійних переконань, які обмежують інші свободи цієї людини. Наприклад, Свідки Єгови вважають, що неправильно здійснювати переливання крові. Отже, у ситуації, що загрожує життю, коли для врятування життя пацієнта потрібно переливання крові,

пацієнт повинен бути проінформований про це. Наслідки відмови від переливання крові повинні бути зрозумілими для пацієнта, який ризикує померти від крововтрати. Бажаючи отримати «користь» для пацієнта, лікар може наполегливо захотіти зробити переливання крові, вважаючи це чіткою «медичною вигодою». Після належного та співчутливого інформування конкретний пацієнт може вільно вибрати, приймати переливання крові відповідно до сильного бажання жити, або відмовлятися від переливання крові, надаючи більший пріоритет своїм релігійним переконанням щодо неправильності переливання крові навіть до точки прийняття смерті як передбачуваного результату. Цей процес спілкування повинен поважати унікальні цінності пацієнта, навіть якщо вони відрізняються від стандартних цілей біомедицини.

Аналізуючи вищезазначений випадок, лікар мав насамперед обов'язок поважати самостійний вибір пацієнта, а також обов'язок *prima facie* уникати шкоди та надавати медичну користь. У цьому випадку, поінформований громадською практикою та положеннями закону про вільне сповідання своєї релігії, лікар надав більший пріоритет повазі автономії пацієнта, ніж іншим обов'язкам. Однак деякі етики стверджують, що, поважаючи вибір пацієнта не приймати кров, також застосовується цей принцип, і його слід інтерпретувати у світлі системи вірувань пацієнта про природу шкоди, в даному випадку – духовної шкоди. На відміну від цього, у надзвичайних ситуаціях, якщо пацієнтом є десятирічна дитина, і батьки відмовляють у дозволі на переливання крові, що рятує життя, у штаті Вашингтон та інших штатах є юридична перевага побажання батьків, звернувшись до судді у справах неповнолітніх, який уповноважений державою захищати життя своїх громадян, особливо неповнолітніх, до досягнення ними повноліття і може робити такий вибір самостійно. Таким чином, у випадку вразливої неповнолітньої дитини принцип уникнення шкоди смерті та принцип надання медичної допомоги, який може відновити здоров'я та життя дитини, мали б перевагу над автономією батьків дитини, оскільки вони є особами, що приймають рішення[28, с. 254].

Автономію, як і всі 4 принципи, потрібно порівнювати з конкуруючими моральними принципами, і в деяких випадках вона може бути замінена; очевидним прикладом може бути, якщо автономна дія пацієнта завдає шкоди іншій особі (особам). Принцип автономії не поширюється на осіб, які не мають здатності (компетенції) діяти самостійно; приклади включають немовлят та дітей та некомпетентність внаслідок порушення розвитку, психічного чи фізичного. Заклади охорони здоров'я та уряди штатів США мають політику та процедури оцінки некомпетентності. Однак жорстка різниця між недієздатністю приймати рішення в галузі охорони здоров'я (оцінюється медичними працівниками) та некомпетентністю (визначається судом) не є практичним використанням, оскільки визначення клініцистом щодо відсутності у пацієнта можливостей приймати рішення на основі фізичного стану або психічний розлад має ті самі практичні наслідки, що і юридичне визначення некомпетентності [26, с. 300]

## 2. Принцип «не нашкодь».

Принцип «не нашкодь» вимагає від нас, щоб ми навмисно не заподіювали шкоду або травму пацієнтові, ані вчиняючи дії, або бездіяльністю. Загальноприйнятою мовою ми вважаємо недбалим, якщо хтось покладає необережний або необгрунтований ризик заподіяння шкоди іншому. Забезпечення належного рівня допомоги, який дозволяє уникнути або мінімізує ризик заподіяння шкоди, підтримується не лише нашими загальноприйнятими моральними переконаннями, але й законами суспільства. Цей принцип підтверджує необхідність медичної компетентності. Зрозуміло, що можуть траплятися медичні помилки; однак цей принцип формулює фундаментальне зобов'язання медичних працівників захищати своїх пацієнтів від шкоди.

У процесі догляду за пацієнтами бувають ситуації, коли певний вид шкоди здається неминучим, і ми, як правило, морально зобов'язані вибрати менше з двох зол, хоча менше зло може визначатися обставинами. Наприклад, більшість бажають відчувати біль, якщо дана процедура продовжить життя. Однак в інших випадках, наприклад, у випадку смерті пацієнта від кишкової карциноми,

пацієнт може відмовитись від процедури у разі зупинки серця або дихання, або пацієнт може відмовитись від технологій, що підтримують життя, таких як діаліз або респіратор. Причина такого вибору ґрунтується на переконанні пацієнта, що тривале життя з хворобливим та виснажливим станом гірше смерті та більшої шкоди. У цьому випадку також важливо зазначити, що це визначення було зроблено пацієнтом, який сам владний тлумачити «більшу» чи «меншу» шкоду для себе.

Існує ще одна категорія випадків, яка викликає заплутаність, оскільки одна дія може мати два наслідки: один вважається хорошим ефектом, інший – поганим. Як наш обов'язок перед цим принципом спрямовує нас у таких випадках? Офіційна назва принципу, що регулює цей тип справ, зазвичай називається принципом подвійного ефекту. Типовим прикладом може бути питання про те, як найкраще лікувати вагітну жінку, у якої вперше діагностовано рак матки. Звичайне лікування, видалення матки вважається рятівним лікуванням. Однак ця процедура призведе до загибелі плоду. Які дії є морально допустимими, або який наш обов'язок? У цій справі стверджується, що жінка має право на самозахист, і дія гістеректомії спрямована на захист та збереження свого життя. Передбачуваним наслідком (хоча і небажаним) є загибель плода. існують чотири умови, які зазвичай застосовуються до принципу подвійного ефекту:

Отже, принцип «не нашкодь» – це обов'язок лікаря не заподіювати шкоду пацієнту. Цей просто викладений принцип підтримує кілька моральних правил: не вбивати, не заподіювати біль чи страждання, не втрачати працездатності, не ображати та не позбавляти інших благ життя. Практичне застосування недобросовісності полягає у тому, щоб лікар зважив вигоду з обтяженнями всіх втручань та процедур, ухилився від тих, що є неадекватно обтяжливими, і вибрав найкращий курс дій для пацієнта. Це особливо важливо і доречно в складних рішеннях щодо догляду за кінцем життя, щодо припинення та відміни лікування, що підтримує життя. [19, с. 3].

Потрібно, щоб процедура не шкодила пацієнтові чи іншим людям у суспільстві. Фахівці з безпліддя працюють, припускаючи, що вони не завдають шкоди або, принаймні, мінімізують шкоду, переслідуючи більшу користь. Однак, оскільки допоміжні репродуктивні технології мають обмежені показники успіху, невизначені загальні результати, емоційний стан пацієнта може негативно позначитися. У деяких випадках лікарям важко успішно застосувати принцип «не шкодити». Цей принцип вимагає не просто уникати шкоди, а й приносити користь пацієнтам та сприяти їхньому добробуту. Хоча благодійність лікарів відповідає моральним правилам і є альтруїстичною. Потрібно, щоб процедура забезпечувалась з метою зробити добро для пацієнта. Цей принцип вимагає, щоб медичні працівники розвивали та підтримували навички та знання, постійно оновлювали навчання, враховували індивідуальні обставини всіх пацієнтів та прагнули отримати чисту користь.

### 3. Принцип благодійності.

Звичайне значення цього принципу полягає в тому, що медичні працівники зобов'язані приносити користь пацієнту, а також вживати позитивних заходів для запобігання шкоди для пацієнта. Ці обов'язки розглядаються як раціональні та очевидні і широко прийняті як належні цілі медицини. А цей принцип лежить в основі медичної допомоги, передбачаючи, що страждаючий пацієнт може вступити у стосунки з тим, кого суспільство визнало компетентним для надання медичної допомоги, вважаючи, що головна мета лікаря – допомогти. Мета надання переваг може застосовуватися як до окремих пацієнтів, так і до блага суспільства в цілому. Наприклад, гарне здоров'я конкретного пацієнта є відповідною метою медицини, а профілактика захворювань шляхом досліджень та використання вакцин – одна і та ж мета, розширена для населення в цілому.

Лікар зобов'язаний шукати вигоди будь-якого або всіх своїх пацієнтів, однак, лікар може також вибрати, кого прийняти до своєї практики. Цей обов'язок стає складним, якщо два пацієнти звертаються за лікуванням одночасно. Деякі критерії терміновості потреби можуть бути використані, або

якийсь принцип «хто першим прийшов», щоб вирішити, кому слід допомогти в даний момент.

Найбільш чіткий випадок виправданого патерналізму спостерігається у лікуванні хворих на самогубство, які представляють небезпеку для самих себе. Тут обов'язок благодійності вимагає від лікаря втручання від імені порятунку життя пацієнта або розміщення пацієнта в захисному середовищі, з переконанням, що пацієнт не може діяти в своїх інтересах на даний момент. Як завжди, факти справи надзвичайно важливі для того, щоб судити про те, що автономія пацієнта порушена.

#### 4. Принцип справедливості

Справедливість у охороні здоров'я зазвичай визначається як форма справедливості, або, як сказав Арістотель, «віддаючи кожному належне». Питання розподільчої справедливості також залежить від того факту, що деяких товарів і послуг не вистачає, їх недостатньо, тому необхідно визначити деякі справедливі способи розподілу дефіцитних ресурсів.

Існують різноманітні критерії розподільчої справедливості, зокрема такі:

1. Кожній людині рівна частка.
2. Кожній людині відповідно до потреб.
3. Кожній людині відповідно до зусиль.
4. Кожній людині відповідно до внеску.
5. Кожній людині відповідно до заслуг.
6. Кожній людині відповідно до бірж на вільному ринку [10, с. 43].

Джон Роулз та інші фахівці з теорії справедливості стверджують, що багато нерівностей, які ми відчуваємо, є результатом «природної лотереї» або «соціальної лотереї», в якій потерпілий не винен. Одним з найбільш суперечливих питань у сучасній охороні здоров'я є питання, яке стосується «хто має право на охорону здоров'я?». Або, якщо сказати іншим чином, можливо, як суспільство ми хочемо бути доброзичливим та справедливим та забезпечити якийсь гідний мінімальний рівень охорони здоров'я для всіх громадян, незалежно від платоспроможності. Принцип справедливості є

сильною мотивацією до реформування нашої системи охорони здоров'я з урахуванням потреб усього населення. Вимоги принципу справедливості повинні застосовуватися системно до законів та політики суспільства, що регулюють доступ населення до охорони здоров'я. У цьому напрямі ще потрібно зробити багато роботи.

Отже, при оцінці справедливості постачальник медичних послуг повинен враховувати чотири основні сфери: справедливий розподіл обмежених ресурсів, конкуруючі потреби, права та обов'язки та потенційні суперечності у встановленому законодавстві.

Підсумовуючи, можна сказати, що ці чотири принципи витримують виклик вже майже 30 років і досі складають основу для прийняття більшості рішень як у дослідницьких умовах, так і в клінічній практиці. Зважаючи на морально неоднозначні ситуації в охороні здоров'я, нюанси їх використання були вдосконалені за допомогою незліченних додатків. Деякі біоетики, такі як Б. Герт та його колеги (1997), стверджували, що ці принципи є недосконалими як керівництво моральними діями, оскільки вони є настільки неспецифічними, що, здається, просто нагадують керівнику про міркування, які слід враховувати. Біоетик А. Йонсен стверджував у своїй роботі, що для жорсткого застосування цих принципів у клінічних ситуаціях їхня застосовність повинна починатися з контексту конкретного випадку. Однак професійне розуміння принципів недосконале і може забезпечити плідний ґрунт для подальших досліджень.

Кожен з 4 принципів біоетики слід сприймати як обов'язок *prima facie*, який необхідно виконувати, якщо це не суперечить, у певному випадку, іншому принципу. Зіткнувшись із таким конфліктом, лікар повинен визначити фактичне зобов'язання перед пацієнтом, досліджуючи відповідні переваги конкуруючих зобов'язань *prima facie* на основі змісту та контексту. Розглянемо приклад конфлікту: пацієнт, який отримував термінову реанімацію розчином за допомогою встановлення постійного внутрішньовенного катетера спричинили біль і набряк. Тут принцип доброзичливості перевищує принцип добродійності. Однак багато конфліктів, з якими стикаються медики, набагато

складніші. Наприклад, відмова компетентного пацієнта від потенційно рятувального втручання (наприклад, введення механічної вентиляції легенів) або прохання про можливу дію, що закінчує життя.

Благодійність відіграла історичну роль у традиційній практиці медицини. Однак надання йому першості над автономією пацієнта – це патерналізм, який робить стосунки між лікарем та пацієнтом аналогічними відносинам батька/матері з дитиною. Батько/мати можуть відмовляти бажанням дитини, можуть впливати на дитину різними способами – нерозголошенням інформації, маніпуляціями, обманом, примусом тощо, відповідно до їхньої думки про те, що найкраще для дитини.

При м'якому патерналізмі лікар діє на підставі добродійності, коли пацієнт неавтономний або по суті неавтономний (наприклад, когнітивна дисфункція внаслідок важких захворювань, депресії або наркоманії) [27, с. 11]. М'який патерналізм ускладнюється через складність у визначенні того, чи був пацієнт неавтономним на момент прийняття рішення, але є етично захищеним, якщо дія відповідає тому, що лікар вважає цінностями пацієнта. Жорсткий патерналізм – це дії лікаря, спрямовані на користь пацієнта, але всупереч добровільному рішенню автономного пацієнта, який є повністю обізнаним та компетентним та етично незахищеним.

З іншого боку шкали жорсткого патерналізму – це споживацтво, рідкісна і крайня форма автономії пацієнта, яке дотримується думки, що роль лікаря обмежується наданням всієї медичної інформації та наявних варіантів втручання та лікування, в той час як повністю інформований пацієнт вибирає з доступних варіантів. У цій моделі роль лікаря обмежена і не дозволяє повною мірою використовувати його/її знання та навички на користь пацієнта [16, с. 30]

Однією з основних і не рідкісних причин розбіжностей між лікарем та пацієнтом щодо питань лікування є їхні різні погляди на цілі лікування. Оскільки цілі змінюються в ході захворювання (наприклад, хронічний неврологічний стан погіршується до такої міри, що потребує технічної підтримки), необхідно, щоб лікар спілкувався з пацієнтом чіткою та зрозумілою

мовою, з метою визначення мети (цілей) лікування за змінених обставин. Роблячи це, лікар повинен усвідомлювати фактори пацієнта, які порушують здатність до прийняття рішень, такі як тривога, страх, біль, відсутність довіри та різні переконання та цінності, що погіршують ефективне спілкування [32, с.134].

Говорячи про основні принципи біоетики, неможливо уникнути і питання про інформовану згоду. Вимоги інформованої згоди на медичну чи хірургічну процедуру або дослідження полягають у тому, що пацієнт або суб'єкт повинен бути компетентним, щоб розуміти та приймати рішення, отримувати повне розкриття інформації, розуміти розкриття, діяти добровільно та давати згоду на запропоновану дію.

Універсальна застосовність цих вимог, укорінених і розвинених у західній культурі, зустріла певний спротив і пропозицію створити цілий набір вимог, що відповідають звичаям культури інших країн [30, с. 15]. «Повинна бути суть прав людини, яку ми хотіли б бачити як шановану універсально, незважаючи на різницю в їх поверхневих аспектах...Сили місцевого звичаю чи місцевого законодавства не можуть виправдати зловживання певними основними правами, і право самовизначення, на якому базується доктрина інформованої згоди, є одним із них » [10, с. 40]

Оскільки компетентність є першою з вимог інформованої згоди, слід знати, як виявити некомпетентність. Стандарти (що застосовуються поодиночі або в комбінації), які загально визнані для визначення некомпетентності, базуються на нездатності пацієнта заявити про перевагу чи вибір, нездатності зрозуміти власну ситуацію та її наслідки та неможливості міркувати на підставі прийнятого в результаті життєвого рішення [20, с.53]

У раніше автономного, але в даний час некомпетентного пацієнта, слід поважати його раніше висловлені переваги (тобто попередні автономні судження). Некомпетентним (неавтономним) пацієнтам і раніше компетентним (автономним), але в даний час некомпетентним пацієнтам потрібен штучний орган, який приймає рішення. Снайдер і Сульмасі пропонують практичний та

корисний варіант, коли замінник не впевнений в уподобаннях пацієнта або коли уподобання пацієнта не відповідають науковим досягненням. Вони пропонують, щоб сурогат використовував «підставлені інтереси», тобто автентичні цінності та інтереси пацієнта, для обґрунтування рішення [38, с. 304]

Отже, принцип поінформованої згоди складається з двох елементів: 1) подання інформації лікарем; 2) отримання згоди від пацієнта на надання медичної послуги. Перший елемент визначає два поняття: компетентності та добровільності. Лікар повинен надати інформацію у формі, доступній для сприйняття саме для даного пацієнта. Тобто необхідно враховувати освіту, вік, стан пацієнта. інформація лікаря повинна містити:

- відомості про характер та мету запропонованого методу діагностики, лікування, профілактики;

- інформацію щодо ризику, що містить медичне втручання;

- інформацію щодо існуючих альтернатив даному медичному втручанняю.

Принцип поінформованої згоди передбачає перегляд та розширення низки принципів моралі в медичній практиці. Зокрема, лікар повинен повідомити пацієнту діагноз захворювання, незважаючи на його прогноз. Набуває пріоритету навіть жорстока правда.

Одним з життєво важливих компонентів відносин між лікарем та пацієнтом є казати правду; без цього компонента лікар втрачає довіру пацієнта. Автономний пацієнт має не тільки право знати свій діагноз та прогноз, але також має можливість відмовитись від цього розголошення. Однак лікар повинен знати, якому з цих 2 варіантів пацієнт віддає перевагу.

У Сполучених Штатах повноцінне розкриття інформації пацієнтові, хоч би якою вона була тяжкою, є нормою зараз, але раніше не було таким. Значний опір повному розкриттю інформації був широко поширеним у США, але у ставленні лікарів щодо цього стався помітний зсув. У 1961 р. 88% опитаних лікарів зазначили свою перевагу уникати розголошення діагнозу; у 1979 р., проте, 98% опитаних лікарів висловились за це [24, с. 10]. Цей помітний зсув

обумовлений багатьма факторами, які включають наступне: без необхідності вказувати порядок важливості; освітній та соціально-економічний прогрес; підвищену підзвітність суспільству та обізнаність про попередні клінічні та дослідницькі прогреси з боку професії.

Важливо відзначити, що опитування в США показують, що пацієнти з онкологічними та іншими захворюваннями бажають бути в повному обсязі поінформованими про свої діагнози та прогнози. Надання повної інформації, з тактом та чутливістю, пацієнтам, які хочуть знати, має бути стандартом. Сумні наслідки неправдивої інформації щодо раку включають позбавлення пацієнта можливості виконувати важливі життєві завдання: давати поради та брати відпустку близьким, наводити порядок у фінансових справах, включаючи розподіл активів, досягати духовного удосконалення шляхом роздумів, молитви, ритуалів та релігійних таїнств [21, с. 14].

На відміну від США, принцип повного розкриття інформації пацієнту дуже відрізняється від пануючих традицій в інших країнах. В незахідних суспільствах лікар повинен розкривати інформацію сім'ї, а не пацієнту. Ймовірними причинами спротиву лікарів повідомляти погані новини є стурбованість тим, що це може спричинити занепокоєння та втрату надії, певну невизначеність щодо результату або віру в те, що пацієнт не зможе зрозуміти інформацію або, можливо, не захоче знати. Однак це не повинен бути бінарний вибір, оскільки ретельне розуміння принципу автономії показує, що автономний вибір – це право пацієнта, і пацієнт, здійснюючи це право, може уповноважити члена сім'ї або членів приймати рішення для нього/неї.

Але важливо також вказати на те, що лікарі зобов'язані не розголошувати конфіденційну інформацію, передану пацієнтом, іншій стороні без дозволу пацієнта. Очевидним винятком (із передбачуваним дозволом пацієнта) є обмін необхідною медичною інформацією для догляду за пацієнтом від первинного лікаря до консультантів та інших бригад охорони здоров'я. У сучасних лікарнях, що мають кілька пунктів тестування та консультантів та використання електронних медичних карток, відбулася ерозія конфіденційності. Однак окремі

лікарі повинні проявляти дисципліну, не обговорюючи особливості пацієнта з членами своєї родини [35, с. 29] та у соціальних мережах. Є деякі варті уваги винятки з конфіденційності пацієнта. Сюди, серед іншого, належать законодавчо необхідні повідомлення про вогнепальні поранення та венеричні захворювання та виняткові ситуації, які можуть завдати серйозної шкоди іншому (наприклад, епідемії інфекційних захворювань, повідомлення партнерів щодо ВІЛ-інфекції, відносно повідомлення про певні генетичні ризики тощо) .

Останнє важливе питання у цьому розділі буде стосуватися того, як принципи, норми правильної поведінки співвідносяться з окремими випадками поведінки. Це питання можна розглянути на рівні казуїстики[28, с.255]. Казуїстика, в етиці – метод міркувань на основі конкретних випадків. Казуїстика, як правило, використовує загальні принципи в аргументації аналогічно від чітких випадків, званих парадигмами, до неприємних випадків. Подібні випадки трактуються аналогічно. Таким чином, казуїстика нагадує юридичні міркування. Казуїстика також може використовувати авторитетні роботи, що стосуються конкретної справи. Практикуючі в різних галузях оцінюють казуїстику як впорядкований, але гнучкий спосіб думати про реальні етичні проблеми. Казуїстика може бути особливо корисною, коли цінності або правила суперечать. Казуїстика також допомагає з'ясувати випадки, коли нові або складні обставини роблять застосування правил незрозумілим.

Принципи, як абстрактні загальні вказівки, повинні застосовуватися до кожної моральної ситуації, висловлюючи сміливе, незалежне судження про те, що є правильною дією, не маючи принципів, опосередкованих правилами, які є обов'язковими на рівні окремих випадків дії. Ця точка зору, яку іноді називають ситуаціонізмом, еволюціонувала як реакція на те, що багато хто сприймав як надмірно жорстке перетворення принципів у правила поведінки. Це спосіб для вирішення потенційних конфліктів між обов'язками, наприклад, коли хтось пообіцяв сказати неправду або коли знає, що правдива справа призведе до вбивства. Варіант цього підходу спостерігається серед деяких принципових керівників, включаючи Т. Бошампа та Дж. Чайлдресса, які вважають, що коли

принципи суперечать, то має бути збалансованість вагомості конкуруючих вимог [22; с. 10]. Деякі, хто врівноважує конкуруючі вимоги, тим не менше надають правилам більше статусу, ніж простим орієнтирам. Це може призвести до утилітаризму або правила-деонтології.

## **2.2. Біоетичні проблеми управління пандемією COVID-19.**

Біоетика є невід'ємною частиною різних медичних дисциплін і повинна бути впроваджена у повсякденну практику. Традиційні джерела медичної етики, такі як корпус Гіппократа або підходи "чотирьох принципів", можуть надати вказівки, але не завжди чіткі щодо найбільш оптимального етичного шляху. Надзвичайні ситуації та кризи іноді можуть нівелювати ці етичні зусилля. Отже, керівні етичні принципи та правила, за якими ми зазвичай діємо, можуть бути оскаржені, і ми можемо виявити, що просто намагаємося зробити якомога більше добра. Те, що зазвичай вважається деонтологічним, може здатися дивовижним.

Охорона здоров'я, економіка, освіта у відповідь на нові виклики продемонстрували, крім своєї стабільності та мобільності, слабку готовність реагувати у випадках раптової надзвичайної ситуації [37, с. 4]. Це, безумовно, вплинуло на кожен сферу суспільного життя. Етичні та правові проблеми, спричинені пандемією COVID-19, стали наслідком неадекватності соціальних інститутів у критичних ситуаціях.

Наші існуючі етичні рамки не були розроблені для умов пандемії. За останні кілька десятиліть, біоетика зосередилася на нових технологіях, таких як генетичне втручання, біобанк, редагування генів і штучне запліднення. Дійсно, найбільш всеосяжний і юридично обов'язковий збір біоетичних норм в Європі, Конвенція Ов'єдо 1997 року, свідчить, що «інтереси і благополуччя людини повинні переважати над виключними інтересами суспільства або науки». Але в той час, розробники документа були більше стурбовані клонуванням і генетичним лікуванням, ніж спалахами захворювань.

Пандемія COVID-19 кидає виклик медичній практиці. Такі питання, як встановлення пріоритетності для пацієнтів, інфікованих COVID-19, стали надзвичайно актуальними. Чи пріоритетними повинні бути ті, хто в найгірших умовах, ті, хто захворів першим, чи, можливо, ті, хто може фінансово сприяти їх лікуванню? Чи можна застосовувати ті самі рамки та керівні принципи, що застосовуються в країнах з достатнім ресурсом, до країн з біднішими ресурсами? Чи слід урівноважувати пацієнтів із COVID-19 проти інших пацієнтів, які потребують критичної допомоги? У разі дефіциту ресурсів, чи можуть медичні бригади з етиками чи без них підписати односторонні або універсальні накази «Не реанімувати» (DNR)? Що можна сказати про людей, які живуть у районах конфліктів з обмеженими ресурсами, коли найпростіших заходів захисту, включаючи часте миття рук водою та милом, а також соціальне дистанціювання далеко не дотримуються? Ці питання, серед інших, заслуговують на ретельний розгляд.

Тому, в середині березня, як Центр Гастингса, так і Рада Наффілд з біоетики випустили етичні керівні принципи щодо реагування на COVID-19. Згідно з доповіддю Наффілд, заходи громадської охорони здоров'я повинні ґрунтуватися на фактичних даних і бути пропорційними, зводити до мінімуму примус і вторгнення в людські життя і відноситися до людей однаково з точки зору моралі. Більш того, мета втручань, а також наукові знання, цінності і судження на яких вони засновані, повинні бути доведені до відома громадськості.

Комітет з біоетики Ради Європи заявив, що навіть в умовах обмеженості ресурсів доступ до медичної допомоги повинен бути справедливим. Крім того, слід керуватися медичними критеріями для запобігання дискримінації щодо вразливих груп, таких як люди з обмеженими можливостями, люди похилого віку, біженці і мігранти.

COVID - 19, ймовірно, вплине на біоетичний порядок денний у 2021 році, як це було в 2020 році. Важливо задуматися про глобальну етику, так як саме «розподіл здоров'я та хвороби» відображає це, як організоване суспільство та як

люди відносяться до іншого. Одна з найбільш значних етичних змін під час пандемії буде пов'язана з необхідністю доповнити раніше орієнтовані на пацієнта медичні системи так званий громадський догляд. Замість «моє-здоров'я» нам потрібно поговорити про «наше здоров'я».

Безумовно, відносини між лікарем і пацієнтом будуть, як і раніше, ґрунтуватися на найважливіших етичних нормах, таких як інформування пацієнта, захист його або її від шкоди і збереження лояльності і конфіденційності. Але, крім того, необхідно приділяти більше уваги, колективним точкам зору щодо розподілу обмежених медичних ресурсів, ніж це було досі.

Сучасна ситуація демонструє важливість дотримання та ефективного здійснення громадянських, політичних, економічних, соціальних та культурних прав людини, хоча засоби масової інформації багатьох країн постійно коментують численні порушення цих прав. Зосереджена не тільки проблема обмежень свобод, але й питання впровадження електронного нагляду за населенням.

З одного боку, запроваджені санітарно-гігієнічні заходи (вимога до засобів індивідуального захисту, санітарної обробки, соціальна дистанція) спрямовані на реалізацію права на охорону здоров'я; з іншого боку, це ініціює дискусію щодо основних порушень прав людини. Окрім теоретичного підходу до питання забезпечення конституційних прав в умовах пандемії, існує реальний ризик їх порушення, оскільки не існує конкретних механізмів їх реалізації з дотриманням санітарних та медичних вимог для певних груп населення [2, с. 159].

Міжнародний комітет ЮНЕСКО з біоетики та Всесвітня комісія ЮНЕСКО з етики наукових знань і технологій оприлюднили спільну Заяву в зв'язку з пандемією COVID-19: глобальний погляд на етичні аспекти проблеми [37, с. 4]. Цей декларативний документ, який було опубліковано 6 квітня 2020 року, містить 11 пунктів, які загалом констатують необхідність припинити керуватись політичними інтересами, географічними межами й культурними

відмінностями та зосередити зусилля на вирішенні критичних питань, які поставила пандемія. У цих надзвичайних обставинах завдання комітетів з біоетики та етики на національному, регіональному та міжнародному рівнях полягає в підтримці конструктивного діалогу, що спирається на переконаність у науковій обґрунтованості та етичній спрямованості прийнятих політичних рішень. Також у документі підкреслюється необхідність уникати дискримінації за такими ознаками, як майнова нерівність, статева або етнічна приналежність.

Також слід згадати в межах цього підрозділу і про психічне здоров'я учасників біо-медичних досліджень за тематикою COVID-19, пацієнтів і населення постраждалих країн у цілому. Епідемічна ситуація з високими рівнями невизначеності, занепокоєння, соціальної ізоляції та фінансового тиску сприяє збільшенню випадків суїциду та зловживання психоактивними речовинами. Фахівці Організації Об'єднаних Націй стверджують, що без забезпечення охорони психічного здоров'я під час пандемії людство може піддатись кризі [25, с. 68]

**Отже, одна із базових конфігурацій основоположних принципів біоетики включає принцип автономії, принцип «не нашкодь», принцип благодійності, принцип справедливості. Ці найважливіші універсальні принципи знаходять відображення в етичних цінностях та нормах. Вищим принципом біоетики виступає вимога «не нашкодь», яка з часів Гіппократа є гуманістичним ідеалом лікування. Принцип «не нашкодь», виступаючи регулятором взаємовідносин особистісних світів лікаря і хворого, включає в себе конфіденційність і вільний вибір пацієнтом лікаря, і неупереджений аналіз лікарем помилок, як своїх колег, так і своїх власних. Універсальність вимоги «не нашкодь» знаходить своє вираження практично у всіх принципах і нормах медичної деонтології і біоетики в цілому**

**Пандемія COVID-19 змінила біоетичний дискурс з репродуктивних технологій, штучного інтелекту та можливостей молекулярної генетики на**

утилітарну етику з підтриманням заходів охорони громадського здоров'я. Вона спричинила низку етичних та правових проблем, що характеризуються специфічними економічними, культурними, конфесійними особливостями, що вимагає міжнародної співпраці для спільного прийняття рішень у сфері охорони здоров'я.

## ВИСНОВКИ

Отже, сьогодні біоетика – це міждисциплінарна область знання, яка охоплює широке коло філософських і етичних проблем, що виникають в зв'язку з бурхливим розвитком медичних, біологічних наук і використанням в охороні здоров'я високих технологій. Це незвичайний феномер культури другої половини XX – початку XXI століття. Поява біоетики відобразила незворотні зміни, які сталися в світі за останній час.

Біоетика на відміну від інших наук, які займаються поясненням феноменів і для яких важливе збільшення набутих знань, наголошує на моральних засадах цих знань. Біоетика є передусім системою моральних вимірів дій людини щодо іншої особистості, себе самої та суспільства. Вона є міждисциплінарна, оскільки як система ґрунтується на засадах етики, біології, медицини, психології, екології, релігії, філософії, права, соціології та інших галузей знання. Водночас її мета і засоби потребують морально-правового обґрунтування. Біоетика – це наука, яка вивчає взаємозв'язки людини з живою природою та з самою собою як частинкою цієї природи. її мета – створення прийнятної етичної орієнтації, що базується на повазі до людської гідності та найдбалішому ставленні до життєвого середовища. Вона покликана гуманізувати застосування науки і технологій з людською гідністю і унікальністю, запобігати помилкам і технологічним зловживанням. Тобто біоетика – це гуманізм по відношенню до всієї біосфери і людини як її частини.

Біоетика – це філософська стратегія нових можливостей медичної і біологічної науки та обґрунтування їхньої спрямованості на безпеку людського життя. Це також пошук актуальної конфігурації засадничих принципів біоетики, відповідної сучасним викликам та шляхів їхньої оптимальної реалізації у сфері медичних практик сьогодення.

Майбутнє людства неможливе без свідомих зусиль особистості у змінюванні моральної свідомості та способу життя. Біоетика повинна стати наукою виживання людства, новою мудрістю про те, як використати знання та зробити їх доступними для суспільства. Біоетика як міждисциплінарне знання, покликана об'єднати природознавчі та гуманітарні науки, медичну та екологічну етику, біологічні факти та загальнолюдські цінності.

Принципи біоетики базуються як на філософсько - етичних засадах, так і на практичних біомедичних правилах. Серед важливих принципів – пріоритет життя, здоров'я, блага людини, благоговіння перед життям і відповідальність за нього; уявлення про духовну єдність людей, призначення яких – вносити імперативи добра й мудрості в буття всесвіту. Вищевказані принципи доповнюються практичними ідеями незашкодження людської особистості, її автономії, благодіяння та справедливості.

Місце біоетики в сучасному світі – одне з ключових і важливих, вона займає одне з провідних місць в освіті медичних працівників, філософів, соціологів. Біоетику можна і потрібно розглядати як один з етапів підготовки до нового сприйняття виникаючих проблем в наш непростий час, час високих технологій, напруженої політики, соціально-економічної революції і постійно мінливої структури освіти. Саме в цей непростий для країни і всього світу час біоетика виховує в нас повагу до різних поглядів, думок та інтересів, вчить долати свої забобони і упередження.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Вековщина СВ., Кулиниченко В.Л. Биоэтика: начала и основания (философско-методологический анализ). — К.: Сфера, 2002. — 152 с.
2. Добрель Н. В., Т. А. Бухтиярова «Проблемы биоэтики в контексте пандемии COVID-19». *Pharmacology and Drug Toxicology*, 2020, 14 (3), 159–165.
3. Доніка А.Д. Особливості оцінки правових норм і етичних дилем студентами медичного вуза / А.Д. Доніка, А.В. Петров // *Медичне право*. – 2019. – № 6. – С. 44–48.
4. Доніка Д.А. Зловживання суб'єктивним правом як порушення конституційних прав в кримінальному судочинстві / Д.А. Доніка // *Сучасне кримінально-процесуальне право - уроки історії і проблеми подальшого реформування*. – 2019. – Т. 1, № 1 (1). – С. 198–207.
5. Йонас Г. Принцип ответственности. Опыт этики для технологической цивилизации // М.: Айрис-пресс, 2004. – 240 с.
6. Кисельов М.М. Біологічна етика в системі практичної філософії // *Практична філософія*. – 2000. – №1. – с.166-174.
7. Кисельов М. Філософські та світоглядні аспекти біологічної етики // *Вісник*. – 2001. – №11.— с. 45-219.
8. Котельников В. От Гиппократ до наших дней. – Москва, 1987. 112 с.
9. Кундієв Ю. Біоетика — веління часу / Ю. Кундієв // *Вісник Національної академії наук України*. - 2001. - № 11. - С. 11-16.
10. Куліниченко В. Л. Філософсько - світоглядні засади біоетики // *Практична філософія*. — 2001. — №3 — С. 37- 43.
11. Мишаткина Т. В. Универсальные принципы и нормы биоэтики / Т. В. Мишаткина. – Минск: Медицина, 2008. – № 2. – С. 1–4.

12. Летов О.В. Уважение целостности субъекта как принцип биоэтики // Вопросы философии.– 2008.– №7.– С. 106-114.
13. Сгрэнчо Е., Тромбоне В. Биоэтика. Посібник. — 2002. — 413 с.
14. Смирнов И.Н. Вопросы философии. 1987. № 12. 464 с.
15. Тищенко П.Д. Что такое биоэтика? Биоэтика: вопросы и ответы М.: ЮНЕСКО, 2005. с. 66.
16. Чащін М.О. Організація і розвиток системи етичної експертизи в Україні / О.М. Чащін // Організація та проведення етичної експертизи біомедичних досліджень. Методичні рекомендації [під ред. С.В. Пустовіт, В.Л. Кулініченка]. К.: Сфера, 2006. —С. 27–32.
17. Чешко В.Ф. Генетика, біоетика, політика: коеволюція культурно-психологічних парадигм сучасної цивілізації // Практична філософія. –2001. – №3. – С. 44-71.
18. Юдин Б.Г. М.: Биоэтика: принципы, правила, проблемы. // Эдиториал УРСС, 1998. 470 с.
19. Angell M. Ethical imperialism? Ethics in international collaborative clinical research. N Engl J Med. 1988 Oct. 319 p.
20. Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. N Engl J Med. 1988 Dec; 319(25):1635–15. Davis JK. The concept of precedent autonomy. Bioethics. 2002 Apr; 16 (2) 7 33-114 p.
21. Alltucker K. Who lives and who dies&: In worst-case coronavirus scenario, ethics guide choices on who gets care. USA Today. 2020. 13 - 16 p.
22. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics, 7th Edition. New York: Oxford University Press, 2013. 454 p.
23. Caplan, Arthur L., 1980, "Ethical Engineers Need Not Apply: The State of Applied Ethics Today", Science, Technology, & Human Values, 5(4) — 24-32 p.
24. Cynthia Liu "Research and Development on Therapeutic Agents and Vaccines for COVID-19» 10-11 p.

25. Dubler NN, Liebman CB. *Bioethics Mediation: A Guide to Shaping Shared Solutions*. New York, NY: United Hospital Fund of New York; 2004. 67 p.
26. Fallowfield LJ, Jenkins VA, Beveridge HA. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliat Med*. 2002 Jul;16(4). 297–303 p.
27. Grisso T, Appelbaum PS. *Assessing competence to consent to treatment: A guide to physicians and other health professionals*. New York: Oxford University Press; 1998. 211 p.
28. McCormick, TR. Ethical issues inherent to Jehovah's Witnesses. *Perioperative Nursing Clinics* 2008. 253-259 p.
29. Mularski RA, Puntillo K, Varkey B, Erstad BL, Grap MJ, Gilbert HC, et al. Pain management within the palliative and end-of-life care experience in the ICU. *Chest*. 2009 May. 135 p.
30. Levine RJ. Informed consent: Some challenges to the universal validity of the western model. In: Vaughn L, editor. *Bioethics: Principles, issues and cases*. New York (NY): Oxford University Press; 2010. 183 p.
31. Novack DH, Plumer R, Smith RL, Ochitill H, Morrow GR, Bennett JM. Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. *JAMA*. 1979 Mar; 241 p.
32. Oken D. What to tell cancer patients. A study of medical attitudes. *JAMA*. 1961 Apr. 134 p.
33. Rayson D. A piece of my mind. Lisa's stories. *JAMA*. 1999 Nov. 282 p.
34. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. World Health Organization. 2020. 6 p.
35. Pereira-Sanchez V., Adiukwu F., El Hayeketal S. COVID-19 effect on mental health: patients and work- force. *The Lancet Psychiatry*. 2020. V. 7. P. E29–E30.
36. Potter V.R. *Bioethics: bridge in future*, Englewood Cliffs (NJ), Prentice Hall, 1971. 196 p.
37. Statement on COVID-19: ethical considerations from a global perspective. UNESCO International Bioethics Committee and the UNESCO World

- Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology. SHS/IBC-COMEST/COVID-19 REV. 2020. 4 p.
38. Sulmasy DP, Snyder L. Substituted interests and best judgments: an integrated model of surrogate decision making. *JAMA*. 2010 Nov; 304 p.
39. Townsend E., E. Nielsen, R. Allister, S. A. Cassidy. Key ethical questions for research during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*. V. 7. P. 381–383.
40. Tonelli MR, Misak CJ. Compromised autonomy and the seriously ill patient. *Chest*. 2010 Apr; 31 p.
41. Weiss BD. Confidentiality expectations of patients, physicians, and medical students. *JAMA*. 1982 May; 247 p.