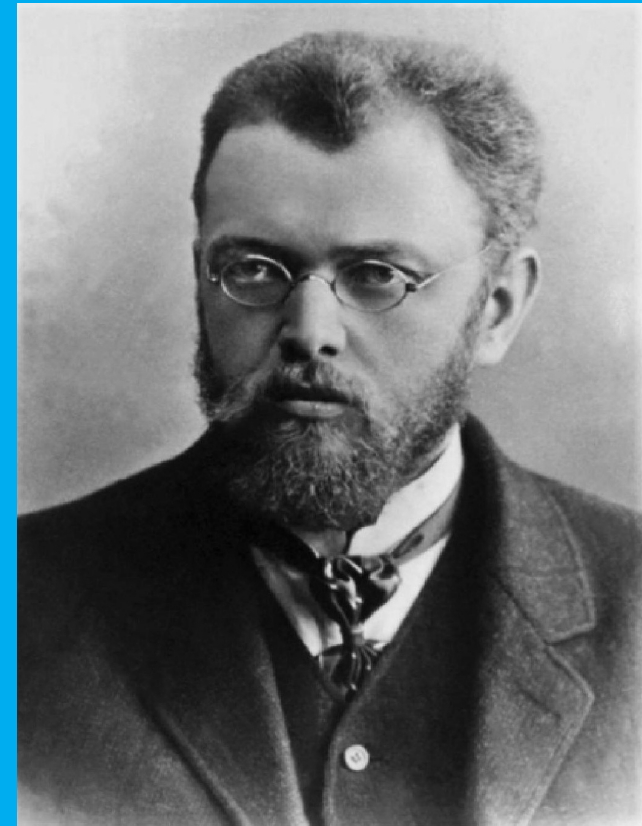


ФІЛОСОФІЯ РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ В ПОСТСЕКУЛЯРНУ ДОБУ



збірник матеріалів
VI Міжнародної науково-практичної конференції

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О. О. БОГОМОЛЬЦЯ
Кафедра філософії, біоетики та історії медицини
ВІДДІЛЕННЯ РЕЛІГІЄЗНАВСТВА ІНСТИТУТУ ФІЛОСОФІЇ ІМЕНІ Г. С. СКОВОРОДИ НАН УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ
УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ КОМЕНСЬКОГО В БРАТИСЛАВІ (Словаччина)
ЦЕНТР РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ "HUMANUS" (Болгарія)
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА
Кафедра релігієзнавства



ФІЛОСОФІЯ РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ В ПОСТСЕКУЛЯРНУ ДОБУ

матеріали VI Міжнародної науково-практичної конференції,
присвяченої пам'яті свт. Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького)

11 – 12 червня 2024 р.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О. О. БОГОМОЛЬЦЯ
Кафедра філософії, біоетики та історії медицини
ВІДДІЛЕННЯ РЕЛІГІЗНАВСТВА ІНСТИТУТУ ФІЛОСОФІЇ ІМЕНІ Г. С. СКОВОРОДИ НАН УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ
УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ КОМЕНСЬКОГО В БРАТИСЛАВІ (Словаччина)
ЦЕНТР РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ "HUMANUS" (Болгарія)
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА
Кафедра релігієзнавства

ФІЛОСОФІЯ РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ В ПОСТСЕКУЛЯРНУ ДОБУ

матеріали VI Міжнародної науково-практичної конференції,
присвяченої пам'яті свт. Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького)

11 – 12 червня 2024 р.

Київ
Видавництво НМУ ім. О. О. Богомольця,
ПП "Видавництво "Фенікс"

2024

УДК 2+61] (062)

Р 36

Філософія релігії та медицини в постсекулярну добу: матеріали VI Міжнар. наук.-практ. конф., присвяченої пам'яті свт. Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького). – К.: НМУ ім. О. О. Богомольця, ПП “Видавництво “Фенікс””, 2024. – 208 с.

ISBN 978-966-136-968-8

Редакційна колегія:

Кучин Юрій Леонідович – ректор НМУ ім. О. О. Богомольця, професор.

Науменко Олександр Миколайович – перший проректор з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти НМУ ім. О. О. Богомольця, професор.

Земсков Сергій Володимирович – проректор з наукової роботи та інновацій НМУ ім. О. О. Богомольця, професор.

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

Филипович Людмила Олександрівна – провідний науковий співробітник Відділення релігієзнавства Інституту філософії імені Г. С. Сковороди НАН України, професор.

Відповідальні редактори:

Васильєва Ірина Василівна – завідувач кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ ім. О. О. Богомольця, професор.

Шевченко Сергій Леонідович – професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ ім. О. О. Богомольця.

Рецензенти:

Гаєрилюк Тетяна Вікторівна – доктор філософських наук, професор, завідувач кафедри філософії, права та соціально-гуманітарних дисциплін Національної академії статистики, обліку та аудиту.

Карпенко Катерина Іванівна – доктор філософських наук, професор, завідувач кафедри філософії та суспільних дисциплін Харківського національного медичного університету.

Затверджено до друку Вченою радою Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (протокол № 11 від 06 червня 2024 р.)

ISBN 978-966-136-968-8

© НМУ ім. О. О. Богомольця, 2024

ЗМІСТ

ПЛЕНАРНЕ ЗАСІДАННЯ

ВІЙНА, МЕДИЦИНА І ВІРА: ШЛЯХИ ЗМІЦНЕННЯ УКРАЇНСЬКОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ	10
<i>Науменко О. М., Мойсеєнко В. О., Тарченко І. П., Тарченко Н. В.</i>	
ФІЛОСОФІЯ ПРАВА, РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ: ЛЮДИНОМІРНІСТЬ ЗВ'ЯЗКІВ НА ВІСТРІ ВІЙНИ І МИРУ	14
<i>Бучма О. В.</i>	
ХРИСТИЯНСТВО ОБПАЛЕНЕ ВІЙНОЮ. "ТЕОЛОГІЯ ПІСЛЯ БУЧІ"	18
<i>Павленко П. Ю.</i>	
ВПЛИВ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТА НА ПРОЦЕС РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦІЇ	23
<i>Храпач В. В., Якобчук А. А.</i>	
ІНДИВІДУАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ЯК СУСПІЛЬНА ЦІННІСТЬ	25
<i>Пустовіт С. В.</i>	
БЛИЗЬКИЙ-ДО-СМЕРТІ ДОСВІД: НАУКОВО-МЕДИЧНЕ ТА ФІЛОСОФСЬКО-РЕЛІГІЙНЕ ТЛУМАЧЕННЯ	27
<i>Карівець І. В.</i>	
ROLE NÁBOŽENSTVÍ V INTEGRACI UKRAJINSKÝCH IMIGRANTU A UPRCHLÍKU V ČESKÉ REPUBLICE	30
<i>Milan Lupták, Marína Luptáková</i>	
ETHICAL DILEMMAS RELATED TO DUTY OF PHYSICIAN TO REPORT PATIENT'S NON-COMPLIANCE WITH TREATMENT IN HEALTH LAW IN SLOVAKIA	31
<i>Silvia Capíková, Maria Nováková</i>	
ПРОБЛЕМА ТЕОДИЦЕЇ У ВЧЕННІ ПЛАТОНА: НОВИЙ АСПЕКТ ОСМИСЛЕННЯ ПРОБЛЕМИ ДОБРА І ЗЛА	33
<i>Ханжу В. Б.</i>	
ПРАКТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МЕДИЧНИХ ЗНАТЬ В ФІЛОСОФСЬКИХ ВИМІРАХ СЬОГОДЕННЯ	36
<i>Гоцалюк А. А., Чорноморденко І. В.</i>	
НАПРЯМИ РЕЛІГІЙНОЇ БЕЗПЕКИ/НЕБЕЗПЕКИ В УМОВАХ РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ	37
<i>Предко О. І., Предко Д. Є.</i>	

АКАДЕМІЧНА ДОБРОЧЕСНІСТЬ: СУЧАСНІ ВИКЛИКИ	41
<i>Гололобова К. О., Земсков С. В.</i>	
МЕТОДИКИ ЛІКУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРАВМ ДЖУДІТ ГЕРМАН ТА БЕССЕЛА ВАН ДЕР КОЛКА: СПРОБА ФІЛОСОФСЬКОГО ПОГЛЯДУ	43
<i>Матюшко Б. К.</i>	
CHALLENGES OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN HEALTHCARE AND MEDICAL EDUCATION	48
<i>Mária Kolesárová</i>	
УЧАСТЬ НАНО- І НООТЕХНОЛОГІЙ У ПРОГРЕСІ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я	51
<i>Корсак К. В., Кірик Т. В., Ляліна О. О., Корсак Ю. К., Бойчук О. С., Похресник А. К.</i>	
ПРОФЕСІОГРАМА ЛІКАРЯ, ЇЇ ЗМІСТ І ВПЛИВ НА ФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТОК ПРОФЕСІЙНОЇ МЕДИЧНОЇ КУЛЬТУРИ	57
<i>Величко О. Б.</i>	

Секція I.

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

ФЕНОМЕН ДУХОВНОСТІ В ЧАСИ ВОЄННОГО ЛИХОЛІТТЯ	62
<i>Васильєва І. В., Кучеренко І. І.</i>	

Секція II.

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

INCLUSION OF CATHOLIC CLERGY IN SLOVAKIA AND CARPATHIAN RUTHENIA IN THE SAMARITAN SERVICE AFTER THE ESTABLISHMENT OF THE CZECHOSLOVAK REPUBLIC	66
<i>Anna Falisová, Silvia Capikova</i>	
INTERPLAY OF RELIGIOUS SISTERS AND CIVIL NURSES: EVOLUTION OF HEALTHCARE EDUCATION AND PRACTICE IN SLOVAKIA	69
<i>Eva Morovicsová, Anna Falisová, Silvia Capikova</i>	
ФІЛОСОФСЬКІ І РЕЛІГІЙНІ ДЖЕРЕЛА КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ	71
<i>Іщук Н. В.</i>	
РЕЛІГІЯ І МЕДИЦИНА В ПОГЛЯДАХ ДЖОНА ҐРЕҐОРІ	74
<i>Лаєринович О. А.</i>	

НОЕТИЧНИЙ ЕФЕКТ ГРІХА ЗА С. К. МОРОНІ	78
<i>Максименко І. Г.</i>	
НАРОД ТРОЄЩИНИ В ЕПОХУ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ. ВІРА І МЕДИЦИНА У РАДЯНСЬКУ І ПОРАДЯНСЬКУ ЕПОХИ. СПРОБА ФІЛОСОФСЬКО-РЕЛІГІЙНОГО АНАЛІЗУ	81
<i>Роде С. Г.</i>	
ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ І РЕЛІГІЯ У КОНТЕКСТІ ГЛОБАЛЬНИХ ЕКОНОМІЧНИХ ТА СОЦІАЛЬНО-ПОЛІТИЧНИХ РЕАЛІЙ: ФІЛОСОФСЬКА РЕФЛЕКСІЯ	85
<i>Ставряні С. С.</i>	
КИЇВСЬКІ ДОБРОЧИННІ ТОВАРИСТВА ДОПОМОГИ УЧНЯМ І СТУДЕНТАМ (ДРУГА ПОЛ. ХІХ – ПОЧАТОК ХХ СТ.)	87
<i>Ступак Ф. Я., Власенко О. М.</i>	

Секція III.

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

РУХ ШІСТДЕСЯТНИКІВ В КИЇВСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ ІНСТИТУТІ	90
<i>Білозор Д. В.</i>	
ПРАКТИКА МАЙНДФУЛНЕС ТА ЇЇ КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЯ В БУДДІЙСЬКІЙ І ЗАХІДНІЙ ТРАДИЦІЯХ	93
<i>Данилова Т. В.</i>	
ТРАГІЧНА ДОЛЯ АНДРІЯ ВЕЗАЛІЯ – ТВОРЦЯ СУЧАСНОЇ АНАТОМІЇ	95
<i>Дзевульська І. В., Маліков О. В.</i>	
СУЧАСНЕ СУСПІЛЬСТВО ТА МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я: ВИКЛИКИ ТА МОЖЛИВОСТІ	97
<i>Лакуша Н. М.</i>	
ОЦІНКА ЗМІН ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО САМОПОЧУТТЯ МЕШКАНЦІВ М. КИЄВА В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ	100
<i>Нечушкіна О. В.</i>	
ФІЛОСОФСЬКЕ РОЗУМІННЯ САМОРЕАЛІЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ ЯК УМОВИ ЇЇ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я	102
<i>Турчин М. Я., Павлов Ю. В.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ДУХОВНОСТІ Й ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В ЕКЗИСТЕНЦІАЛЬНОМУ ПСИХОАНАЛІЗІ В. ФРАНКЛА ТА А. ЛЕНГЛЕ	104
<i>Шевченко С. Л.</i>	

Секція IV.

РЕЛІГІЯ ТА КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

DEVELOPMENT OF TRADITIONAL MEDICINE IN AFRICA: PHILOSOPHICAL AND RELIGIOUS TRENDS INTERACTION	109
<i>Anatoliy Yu. Vermenko, Osunkoya Ifeoluwa Korede Emmanuella</i>	
ПСИХІАТРІЯ ТА РЕЛІГІЯ У ПОСТСЕКУЛЯРНІЙ ДІЙСНОСТІ СЬОГОДЕННЯ	113
<i>Мартиненко О. П.</i>	

СЕКЦІЯ V.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ БІОМЕДИЧНОЇ ЕТИКИ В СУЧАСНОМУ РЕЛІГІЙНОМУ ДИСКУРСІ

THE EVOLUTION AND CHALLENGES OF BIOETHICS AND BIOMEDICAL ETHICS	117
<i>Hady Meri Pina</i>	
ЕМПАТІЯ У ДОПОМАГАЮЧИХ ПРОФЕСІЯХ ЯК КОНТЕКСТ ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛІКАРСЬКОЇ ЕМПАТІЇ	118
<i>Вячеславова О. А., Пошкурлат А. В.</i>	
РЕЛІГІЯ ТА ЕТИЧНІ ЦІННОСТІ	123
<i>Калач Д. М.</i>	
ЧИ ПОТРІБНА БІОЕТИЦІ ТЕОРІЯ МОРАЛІ?	127
<i>Коцюба М. П.</i>	
БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ “ПОСТМОРТАЛЬНОЇ РЕПРОДУКЦІЇ” У ПЕРІОД ВОЄННОГО ЧАСУ	130
<i>Лапутько А. В., Парфьонова О. І.</i>	
КРИТЕРІЇ СМЕРТІ В КОНТЕКСТІ БІОЕТИКИ ТА БІОМЕДИЧНОЇ ЕТИКИ	133
<i>Місержи С. Д.</i>	
СОТЕРІОЛОГІЧНЕ ПИТАННЯ БІОЕТИКИ: КРИТЕРІЇ ТА ДЕФІНІЦІЯ СМЕРТІ	136
<i>Редькіна О. А.</i>	

СЕКЦІЯ VI.

РЕЛІГІЯ ЯК СОЦІАЛЬНО-ДУХОВНА ДЕТЕРМІНАНТА ІНДИВІДУАЛЬНОГО ТА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

RELIGION AS A SOCIAL AND SPIRITUAL DETERMINANT OF INDIVIDUAL AND PUBLIC HEALTH OF ADOLESCENTS	142
<i>Margita Kollarova</i>	
SOCIAL MEDIA AND CYBER CONSPIRACIES – JESUS KRIST AND HIS FAKE VIRTUAL IDENTITY	146
<i>Hedviga Tkáčová</i>	
ТЕРАПЕВТИЧНИЙ ЕФЕКТ МОЛИТВИ З ПОЗИЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ ..	149
<i>Васюк І. В.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ РЕЛІГІЙНОГО ПІЗНАННЯ ТА ЙОГО ЗНАЧЕННЯ У НАШ ЧАС	152
<i>Кірієнко С. В.</i>	
СПІВВІДНОШЕННЯ ПОНЯТЬ “ШАРІАТ” І “ФІКХ” В ІСЛАМСЬКИХ ФІЛОСОФСЬКИХ ТА ПРАВОВИХ ДОКТРИНАХ	155
<i>Кудин О. О.</i>	
САЙЄД ХУСЕЙН НАСР ПРО ЕКОЛОГІЮ ТА МЕДИЦИНУ	157
<i>Ончуленко М. І.</i>	

СЕКЦІЯ VII.

ФІЛОСОФІЯ РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ: СУЧАСНІ ВИКЛИКИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

РЕЦЕПЦІЯ ТА РЕФЛЕКСІЯ ПОНЯТТЯ “ВІЙНА” В РІДНОВІРСЬКИХ КОНФЕСІЯХ УКРАЇНИ	161
<i>Базик Д. В.</i>	
РПЦ ТА ЇЇ АГРЕСИВНА ПОЛІТИКА НА УКРАЇНСЬКИХ ЗЕМЛЯХ	163
<i>Голотін С. І.</i>	
МЕТАФОРА “ПОВЕРНЕННЯ ДОДОМУ” В ПСИХОАНАЛІЗІ	165
<i>Гончаренко К. С.</i>	
ВПЛИВ ЗАЯВ ПАПИ ФРАНЦИСКА НА СИСТЕМУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ВАКЦИНАЦІЯ	167
<i>Костюк О. В.</i>	

СТУДЕНТСЬКА СЕКЦІЯ

ПРАЦЯ “ДУХ, ДУША І ТІЛО” СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ (В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦЬКОГО), ЯК СВИТОГЛЯДНИЙ ОРІЄНТИР ДЛЯ СУЧАСНОГО ПОКОЛІННЯ	170
<i>Батюк Л. В., Москвін Я. В., Чуприна М. В.</i>	
ПРО “НАЙВИЩУ НАУКУ” Г. С. СКОВОРОДИ	172
<i>Острожинська Н. В.</i>	
НАУКА ТА РЕЛІГІЯ: СПІВРОБІТНИЦТВО ЧИ ПРОТИСТОЯННЯ?	175
<i>Походенко А. О.</i>	
МОВЛЕННЄВІ ПОРУШЕННЯ В КОНТЕКСТІ РЕЛІГІЙНОГО СВИТОГЛЯДУ	177
<i>Кузнецов О. О.</i>	
БІОМЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ: ЕТИЧНІ ТА РЕЛІГІЙНІ ДИЛЕМИ	182
<i>Дніпровський А. С.</i>	
ПИТАННЯ ВИНИКНЕННЯ ДУМОК ПРО САМОГУБСТВО У ПІДЛІТКІВ: СОЦІОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ	185
<i>Каменська Ю. А.</i>	
БІОМЕДИКОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРИМУСОВОЇ ШПИТАЛІЗАЦІЇ	188
<i>Латишева В. І.</i>	
ПИТАННЯ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ В КОНТЕКСТІ ПРОБЛЕМИ ПЕРЕДЧАСНОЇ СМЕРТНОСТІ СЕРЕД ЧОЛОВІКІВ В УКРАЇНІ	191
<i>Студенецький Є. О.</i>	
БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ	194
<i>Труш С. А.</i>	
БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ КСЕНОТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ	197
<i>Шейн К. В.</i>	
НЕДОКАЗОВІСТЬ ТА РАДЯНЩИНА В НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ОЧИМА СТУДЕНТІВ	199
<i>Коршунова М. І.</i>	
АВТОРИ МАТЕРІАЛІВ	204
АВТОРИ СТУДЕНТСЬКИХ МАТЕРІАЛІВ	208

ПЛЕНАРНЕ ЗАСІДАННЯ

Науменко О. М., Мойсєєнко В. О.,
Тарченко І. П., Тарченко Н. В.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
naumenko@nmu.ua, moyseyenko_vo@ukr.net,
shostka43@ukr.net, trinton808@ukr.net

ВІЙНА, МЕДИЦИНА І ВІРА: ШЛЯХИ ЗМІЦНЕННЯ УКРАЇНСЬКОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ

Ідентичність – поняття, що містить у собі велику кількість складових. Це – мова, історія, традиції, звичаї, цінності – усе, що об'єднує людей у певну спільноту. Війна росії та України підштовхнула багатьох наших громадян якомога скоріше зробили власний цивілізаційний вибір. Ідентичність ніколи не є статичною, вона завжди перебуває в динаміці, видозмінюється. Українській ідентичності притаманна мозаїчність. Вона складається з елементів, які довгий час жили самі по собі.

У 2022 році Київський міжнародний інститут соціології отримав цікаві результати: якщо на початку лютого, тобто, до початку повномасштабного вторгнення, лише 64,6 % опитуваних насамперед вважали себе громадянами своєї країни, то в серпні цей показник збільшився до 85%. Менше 1% ідентифікували себе із колишнім СРСР. Цікаво, що менше 3% вважають себе представником якогось етносу. Трохи більше 6% асоціюють себе із своєю малою батьківщиною – містом, селищем, чи краєм. Інша частка – 4% – називають себе Громадянами світу, Громадянами Європи. За роки незалежності України, громадянська ідентичність її мешканців зросла майже у два рази – з 45,6% у 1992 році до 84,6% у 2022-му. Громадянська мобілізація дещо зменшувалася з 1992 по 2002 рік, потім відбулися три хвилі різкого її підвищення: після Помаранчевої революції 2004 року (51,6%), Революції гідності з початком російської агресії 2014 (64,4%), та повномасштабного вторгнення 2022 року (84,6%) [1-2]. Можна констатувати: драматичні події посприяли формуванню в Україні політичної нації.

Питання ідентичності торкається багатьох сфер – національності, політики, культури, історії, мови, релігії. Стосовно релігії, слід зазначити, що Україна ніколи не була моноконфесійною. Етно-релігійних ідентичностей у нас дуже багато, вони різноманітні. Впродовж історії релігія відігравала різні ролі. Іноді вона сприяла консолідації нації, а в інших випадках навпаки. Особливу роль грав той фактор, що Україна завжди знаходилася на зламі культурних та цивілізаційних світів. За часів панування радянської влади релігійні конституції отримали сильну травму. На момент набуття українцями державної незалежності релігійна ідентичність громадян була зруйнована – дещо збереглася вона тільки в Західній Україні. На порожньому місті почали з'являтися нові ідентичності, часто не маючі нічого спільного із традицією. До того ж, мали місце міжконфесійні протистояння, які не могли не спонукати деяких громадян почати шукати якоїсь зовсім іншої релігійної ідентичності, що

взагалі не мала би відношення до суперечностей та сутичок. Драматичні події, що потрясли суспільство, такі, як обидва майдани, гібридна війна із росією та повномасштабне вторгнення сприяли зародженню в релігійному просторі певних екуменістичних процесів. Як приклад – під час Революції гідності була утворена Громадянська Церква України, яка, хоч й не набула офіційного статусу, проте успішно об'єднувала представників різних конфесій, що поділяють духовні цінності та ідеали. З початком агресії північного сусіда на фронт пішли й капелани – військові священики. Будучи представниками різних Церков, вони облишили усі суперечки й почали співпрацювати, бо усіх об'єднала загальна мета – здолати ворога.

В Україні такі фактори, як мова, віра, національність, регіон проживання не пов'язані між собою. Серед російськомовних іудеїв або кримсько-татарських мусульман є українські націоналісти, які захищають батьківщину – Україну – із зброєю в руках. А десь на Закарпатті чи Буковині можна зустріти й україномовних представників “руського мира” [3].

Поняття ідентичності завжди знаходилося під пильним прицілом російських пропагандистів. На усіх окупованих землях вони проводять інтенсивний інформаційний тиск. Головна їх мета – змінити у місцевого населення само сприйняття поняття ідентичності [1]. За прикладом росії йдуть представники й деяких інших сусідніх країн - зокрема, Угорщина, у 80% ЗМІ яких панує проросійський наратив [3].

Щодо російсько-українського конфлікту як такого, слід зазначити, що відмінність двох народів глибоко укорінена у минуле, а саме – часи Середньовіччя. На теренах України, так само, як і в багатьох країнах Європи, відбулося розділення двох гілок влади – релігійної та світської. Жодна з них не домінувала над іншою, вони перебували в стані постійної конкуренції. Не було на українських землях єдиного релігійного центру, адже тут співіснували багато релігій та конфесій. Натомість, московське царство успадкувало ординські звичаї, де світська та духовна влада з'єднана в єдине непорушне ціле, влада вважається сакральною. Тут одна з найголовніших сутностей нашої відмінності та цивілізаційного розламу [5].

Ідентичність – це й питання особистісного вибору. Воно буває тривалим у часі, хитким, потребує власної усвідомленості та волі, навіть болісним та жертвним. Для ілюстрації цього питання візьмемо деякі і приклади з історії Буковини. В цьому багатонаціональному краї багато мов та діалектів, навіть сусідні села можуть мати різні говірки, що складаються із українських, російських, румунських чи угорських слів. Характерною особливістю одного з сіл, зокрема, Банилова (5128 осіб – для села це досить багато) Вишницького району Чернівецької області був поліетнічний склад населення. Незалежно від того, під владою якого короля, султана чи цесаря перебували землі, тут не відбулося жодної значної міжнаціональної сутички, яка була б історично зафіксована. Протягом віків виробилася здорова народна етика доброзичливості у національних стосунках. Рідною мовою 76,83% населення вважали українську, 19,83 % – німецьку, 3,28% – інші. Відносно високий відсоток німецької мови зумовлений не онімеченням українців, які ревно зберігали свою мову і релігію, недовлячись на багатовікове панування чужинців (цей край був частиною

Австро-Угорської імперії). Зрозуміти означене мовне співвідношення можна з характеристики віросповідання: православні вірники складали 73,81%, іудаїсти – 19,81%, католики – 6,34%. Німецькою мовою, близькою до мови ідиш, очевидно користувалися євреї, що складали майже п'яту частину жителів села. Римокатоликами були в основному поляки. Мовою міжнаціонального спілкування в Банилові була українська, якою без всякого примусу володіли всі жителі села (українці, євреї, поляки, цигани, румуни, вірмени) і охоче нею користувалися, засвоюючи кращі здобутки нашої національної культури.

Після Першої світової війни і розпаду Австро-Угорської імперії на багатотисячному Буковинському вічі у Чернівцях у 1918 році була здійснена спроба приєднання Буковини до України, проголошено природне право українців на своє державне самовизначення, але з благословення Антанти румунська армія тоді перешкодила цьому, окупувавши територію Буковини на довгих 22 роки. Сьогодні у центрі Банилова височіє храм Успіння пресвятої Богородиці, побудований ще в кінці XIX століття. Численні православні каплиці, костьол Римокатолицької церкви, єврейська школа-синагога – свідчення високої духовності односельців, з яких вийшла велика плеяда священників, а двоє з них досягли дуже значних висоту церковній ієрархії. Так, Володимир Репта, доктор теології, професор, публіцист, тривалий час (1902-1924) був митрополитом Буковини, а також інспектором народних шкіл, обирався депутатом австрійського парламенту, почесним ректором Румунської академії наук. Михайло Мензак, котрий став архієпископом Мефодієм, був єпископом Чернівецьким і Буковинським (1964-1967), пізніше – єпископом Вологодським і Великоустюжским, керівником Омсько-Тюменської єпархії православної церкви рф [8].

Під час хрущовської “відлиги” в Україні потужно заявив про себе рух “шістдесятників”. В Києві молоді митці та студенти об'єдналися в клуб творчої молоді “Сучасник”. Одною з найяскравіших постатей в ньому була художниця-монументалістка Алла Горська. Вона народилася у 1929 році в Ялті. Її батько, Олександр Горський, був одним із організаторів радянського кіно, очолював кіностудії в різних містах – Ленінграді, Ялті, Києві, Одесі. Алла проживала з матір'ю у Ленінграді під час блокади, у 1943 році приїхала у Київ. Закінчила з відзнакою Київську художню середню школу імені Шевченка, вступила до Київського державного художнього інституту. Зростала дівчина у цілковито російськомовному середовищі, а під час навчання у київській школі їй навіть звільнили від вивчення української мови. А у 1962 році, у віці 32 років, під впливом своїх товаришів з клубу творчої молоді, вона свідомо вирішила перейти на українську. Почала вивчати, починаючи з алфавіту, писала нескінченні диктанти. У навчанні їй допомагала журналістка та право захисниця Надія Світлична.

Інша шістдесятниця, художниця-керамістка та монументалістка Галина Севрук, що народилася в Самарканді, теж, подібно до Алли Горської, перейшла на українську мову. “Ми нічого не знали про Україну. Наше виховання й свідомість прокинулися після інституту, особливо в Клубі творчої молоді. Відтоді – новий погляд на життя, покаяння, очищення від скверни”, – згадувала пізніше соратниця Алли по дисидентському руху, художниця – згадувала вона пізніше.

У середині 60-х років “відлигу” змінила брежнєвська реакція. Чимало шістдесятників зазнали переслідувань. Багато хто опинився за ґратами. Зазнала

переслідувань й Алла Горська. Її виключали із Спілки художників, відмовляли в праві ставити під роботами власне ім'я, викликали на численні допити. Попри все, вона активно творила. В мозаїчних панно, створених Аллою Горською та її співавторами-соратниками, такими, як В. Зарецький, В. Смирнов відображена сама Україна – потужна, яскрава та могутня, позбавлена будь якої слабкості або жертвовності.

Алла Горська загинула у 1970 році від рук невідомого вбивці. Шістдесятники не здавалися, й не припиняли своєї боротьби [9]. У 1968 році політв'язень Василь Макух здійснив самоспалення, протестуючи проти русифікації України та вторгнення радянських військ у Чехословаччину. Через 10 років так само вчинив на могилі Шевченка політв'язень та дисидент Олекса Гірник. Відомим дисидентом був випускник Київського медичного інституту 1966 року Микола Плахотнюк, один з засновників музею шістдесятників у Києві, зять Вячеслава Чорновола. Ці люди, відстоюючи українську ідентичність, пішли до самого кінця.

Отже, ідентичність українців – справа їх свідомого вибору, як у наш час, так і в минулі. І тепер, як і колись, її подекуди доводиться відстоювати ціною свого життя, із вірою в серці.

Література:

1. Степко М. Загальноукраїнська ідентичність – головний об'єкт гібридної війни Росії проти України. – URL: <https://niss.gov.ua/sites/default/files/2017-12/identychnist-26c0e.pdf>
2. Осадча Я. До громадян СРСР себе відносять менше 1%: як змінилася ідентичність населення України. // Українська правда. 16.08.2022. – URL: <https://life.pravda.com.ua/society/2022/08/16/250037/>
3. Филипович Л. Релігійні ідентичності в Україні: постановка проблеми. // Українське релігієзнавство. № 80 (2016). – URL: <https://uars.info/index.php/uars/article/view/720>
4. Як Орбан побудував імперію пропаганди для закордонних угорців, включно з Закарпаттям. // Європейська правда. 04.01.2024. – URL: <https://www.euointegration.com.ua/articles/2024/01/4/7176737/>
6. Баумейстер А. Українська ідентичність: деструкція вузької міфології. – URL: <https://www.youtube.com/watch?v=QRHqbkKe1ejM>
7. Мороз В. Національна та релігійна ідентичність О. Анатолія Кралицького, ЧСБВ. – URL: <https://www.youtube.com/watch?v=ntFLVowZYEY&t=1085s>
8. Гаврош О. Постать Анатолія Кралицького . Як закарпатські москвофіли відстоювали єдність українців. // Радіо “Свобода”. 11.02. 2024. – URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/anatoliy-kralytskyy-zakarpattya/32814227.htm>
9. Никула Т. Життя і медицина. Спогади, бібліографія. – Київ: “Задруга”, 2006. – 466 с.
10. Червона тинь калини. Алла Горська. Листи, спогади, статті. – Київ, “Спалах” ЛТД, 1996.

ФІЛОСОФІЯ ПРАВА, РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ: ЛЮДИНОМІРНІСТЬ ЗВ'ЯЗКІВ НА ВІСТРІ ВІЙНИ І МИРУ

Входження людства у III тисячоліття нової ери ознаменувалося кардинальними змінами на всіх рівнях суспільного буття. Глобалізаційні та антиглобалізаційні процеси детермінують прояви конфліктогенності і кризових станів в усіх його (суспільного буття) соціально-гуманітарних сегментах. Відтак, нові XXI століття і III тисячоліття постають як століття та тисячоліття загроз, ризиків і викликів таким соціальним феноменам як людина, право, релігія, медицина, культура тощо. Нині людство стало на поріг нового світооблаштування. Загальносвітові процеси інформатизації, глобалізації, модернізації тощо створили нові проблеми, такі, як глобальна екологічна безпека людства, чергова світова війна, тероризм, неконтрольовані міграційні процеси, знецінення людського життя та ін. Водночас, трансформаційні процеси, які відбувалися і відбуваються в науці на межі тисячоліть, спричинили бурхливий розвиток міждисциплінарних взаємодій, міжпредметних інтеграцій та виникненні на їх основі нових наукових спрямувань, які мають міжгалузевий характер та формують нові обрії смислів людського буття.

Окреслена тенденція актуалізує питання розглянути межові взаємодії та взаємовпливи у предметних полях філософії права, філософії релігії та філософії медицини (які й самі з'явилися та сформувалися на основі міжпредметних комунікацій філософії як історичного типу світогляду, форми суспільної свідомості і духовної культури, правознавства як системи юридичних наук, релігієзнавства як системи наук про релігію та медицини як системи наукових знань та практичної діяльності задля відновлення, зміцнення і збереження здоров'я людини і суспільства). При цьому філософія права, філософія релігії та філософія медицини стали не лише системотворчими каталізаторами юридичної науки і практики, академічного теоретичного та практичного релігієзнавства, медичної науки і практики, а й створили їх теоретичну базу, вищий методологічний рівень пізнання феноменів права, релігії та медицини і постали як потужні навчальні дисципліни в освітньому процесі України, яка рухається шляхом євроінтеграції.

Філософія права, релігії та медицини уже є складовими трьох важливих галузей наукового знання: правознавства (юридичних наук), релігієзнавства (яке досліджує релігію як суспільний і особистісний феномени) та медицини (медичних наук), що мають спільне наукове коріння і розглядають право, релігію та медицину як суспільні антропоцентричні явища (які поза людиною і суспільством існувати не можуть). Відтак, на перетині предметних полів цих наук знаходиться людина як універсальна космічно-біологічно-соціальна істота. Тому, кінцевою метою філософських рефлексій щодо права, релігії та медицини в сучасній науці стало осмислення і пізнання людини, основними орієнтирами яких (осмислення і пізнання) стали надбання європейської та загальносвітової філософсько-релігієзнавчої, філософсько-правової та філософсько-медичної науки. Отже, не випадково основні напрями філософського аналізу феноменів права, релігії та

медицини концентруються навколо проблем онтології (онтологія релігії, онтологія права, онтологія медицини), епістемології (епістемологія релігії, епістемологія права та епістемологія медицини), аксіології (аксіологія медицини, аксіологія релігії та аксіологія права), антропологія (антропологія права, антропологія релігії та антропологія медицини), філософського осмислення інституційних та особистісних вимірів права, релігії та медицини.

Перехід до нового типу відносин у системі “людина - світ” у XXI ст. спонукає до поступової відмови від таких світоглядних стереотипів, що орієнтували на панування людини над природою та спричинює переосмислення таких вічних питань, як: що таке людина, яка її роль та призначення у світі, як вона повинна діяти, щоб не позбутися органічної і духовної єдності з природою, не втратити смислу свого власного існування та зберегти і укріпити власне та суспільне здоров'я, бо від цього залежить майбутнє (в тому числі, здоров'я) наступних поколінь і, не лише цивілізаційний, а й космічно-планетарний поступ. В такій ситуації, вирішенню окреслених проблем і подоланню кризових явищ у матеріальному та духовному вимірах сприятимуть, передусім, медицина, право та релігія (зауважимо, як не парадоксально, що залежно від функціонування в певних умовах може проявитися/ проявляється і їх негативний, а то й навіть згубний вплив на буття людини (втрачені людські долі й життя тощо), так і суспільства (дестабілізація, хаотизація суспільного життя, правовий нігілізм, соціальні хвороби тощо).

Особливо гострого звучання окреслена проблематика набула в нинішній ситуації російської війни проти України. Своєю чергою це безпосередньо позначається на стані гарантій, забезпечення та реалізації прав і свобод і, зокрема, права на медичну допомогу, особливо в умовах фізичного і психологічного насильства, спричиненого цією війною. При цьому зауважимо, що гарантії й забезпечення прав і свобод (в тому числі й релігійних) та їх реалізація в демократичному суспільстві, з яким себе позиціонує Україна, належить не лише до найбільш актуальних правових, філософських, політичних, соціальних, економічних, а й медичних проблем. Однак, формування демократичної, соціальної правової держави – це складний і тривалий процес. Для цього в Україні необхідно, передусім, реально, а не формально юридично втілити в життя ті вимоги, які становлять її зміст, а саме – забезпечення верховенства права і закону, захист і гарантії прав і свобод людини і громадянина тощо. І тут важливо адаптувати національне законодавство до законодавства Європейського Союзу. А це, на нашу думку, є практично неможливим без комплексного філософського осмислення і обґрунтування зв'язків релігії, медицини і права

Відзначу, що за роки незалежності Україна вже зробила важливі кроки в бік євроінтеграції, долаючи на цьому шляху різноманітні перешкоди та системні намагання супротивників повернути цей рух у зворотньому напрямку. Після переговорного процесу між Україною та Європейським Союзом віховими подіями на цьому тернистому шляху стали: синхронна ратифікація 16 вересня 2014 р. Верховною Радою України та Європейським Парламентом Угоди про Асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони; набуття чинності 1 вересня 2017 року Угоди у повному обсязі; закріплення 22 листопада 2018 року в Конституції України стратегічного курсу держави на

набуття повноправного членства України в Європейському Союзі та в Організації Північноатлантичного договору [1].

Угода про асоціацію за своїм обсягом і тематикою є найвагомішим міжнародно-правовим документом за всю історію України та унікальним міжнародним договором з укладених Європейським Союзом з третьою країною. Угода визначила якісно новий формат відносин між Україною та Європейським Союзом, що ґрунтується на принципах “політичної асоціації та економічної інтеграції” і стала стратегічним орієнтиром системних реформ в Україні. 22 Глава Угоди присвячена громадському здоров’ю. Тут йдеться про те, що сторони розвивають співробітництво в галузі охорони здоров’я з метою підвищення рівня його безпеки та захисту здоров’я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання. Це співробітництво охоплює такі сфери як: зміцнення системи охорони здоров’я України та її потенціалу, зокрема шляхом впровадження реформ, подальшого розвитку первинної медико-санітарної допомоги та навчання персоналу; попередження і контроль над інфекційними хворобами, підвищення готовності до ризику спалахів високо патогенних хвороб та імплементацію Міжнародних медико-санітарних правил; попередження та контроль за неінфекційними хворобами шляхом обміну інформацією та найкращими практиками, пропагування здорового способу життя, визначення основних детермінант здоров’я та проблем в галузі охорони здоров’я, наприклад здоров’я матері і дитини, психічне здоров’я, алкогольна, наркотична та тютюнова залежність; якість та безпечність субстанцій людського походження, зокрема крові, тканини та клітин. Із цією метою Сторони обмінюються інформацією та найкращими практиками і здійснюють інші спільні заходи, в тому числі в рамках підходу “охорона здоров’я у всіх політиках” та поступової інтеграції України в європейські мережі охорони здоров’я [2].

Однак, на заваді цим інтеграційним процесам стала повномасштабна війна Росії проти України. В умовах цієї війни людина опинилася в стані постійної психічної напруги. Події війни створюють стресові та інші травматичні ситуації. І тут важливим є забезпечення не лише фізичної, а й емоційної, екзистенційної та, навіть, правової підтримки духовного та тілесного в людині і суспільстві.

В цьому контексті, глибокий зміст має думка Святителя Луки, що: а) між тілом і духом існує постійний зв’язок та взаємодія і все, що відбувається в душі людини протягом її життя, має значення й необхідне тільки тому, що все життя тіла й душі, всі думки, почуття, вольові акти найтісніше пов’язані з життям духу; б) дух формує, у ньому відображаються та зберігаються всі акти душі й тіла; в) під формуючим впливом актів душі і тіла розвивається життя духу і його спрямованість у бік добра або зла.

На основі цього твердження В. Ф. Войно-Ясенецького висновуємо, що життя “тіла і душі” Росії спрямовують її дух у бік зла. Водночас зауважимо, що зброя, яку застосовує соціальне тіло російської держави терориста-агресора – це не лише армія, мова, а й релігія (орієнтована на Москву). Тому й для України такою зброєю є армія, мова та віра (релігія, що орієнтована на підтримку України) – засіб, що спрямовує український дух у бік добра для відновлення справедливості [Див.: 3]. Росія, використовуючи релігію як зброю у війні проти України, завдає ще й великої шкоди духовному здоров’ю людини і українського суспільства. Тому для України у цій справедливій для неї війні, релігія може бути одним з дієвих чинників

не лише руйнування, а й збереження і відновлення індивідуального і суспільного здоров'я. Для України ця війна, будучи боротьбою за право, за права і свободи, які вже утверджені та які ще утверджуються, є ще й боротьбою за духовно здорове майбутнє українського соціуму. Тому нині, філософська релігієзавчо-правова складова забезпечення медичної допомоги може сприяти перемозі України у війні, що розв'язала проти неї Росія.

На нашу думку, у мирний час знову актуалізуватимуться питання утвердження і широкого впровадження гарантій і забезпечення четвертого покоління прав людини (соматичні права: а) орієнтовані на смерть (евтаназія, суїцид, аборт та ін.); б) орієнтовані на життя, його продовження (клонування, трансплантація тощо) та права, що пов'язані з розвитком цифрових технологій, зокрема інтернету) які знаходяться на перетині інтересів як релігії, так і медицини. Надалі відбуватиметься віртуалізація як медичного, так і релігійного простору (віртуалізація як позакультової, так і культової релігійної діяльності: онлайн-богослужіння, інтернет-церкви, онлайн-молитви, медитації, онлайн-паломництва, кіберритuali, віртуальні похорони, кіберцвинтарі, кіберрелігії тощо) [4, с. 177-180]. Віртуальний (можливий) світ продовжить поступово перетворюватися на реальний і наповнюватиме його модернізованим релігійним змістом. А центральне місце філософського осмислення предметного зв'язку права, релігії та медицини має зайняти антропологічна й деонтологічна проблематика. Своєю чергою це сприятиме забезпеченню формування належної професійної, особистої, інформаційної, психологічної, моральної та інших складових загальної культури лікаря, юриста і релігієзнавця та стане надійною перешкодою їх професійним деформаціям і буде осердям творення оновленої філософії права, релігії та медицини об'єднаних людиноцентричним спрямуванням в складних, суперечливих і непередбачуваних умовах глобалізованого суспільства.

Нинішня конференція (як і всі попередні) єднає освітян і науковців, релігієзнавців і медиків, вірян різних конфесій під омофором гуманності, справедливості та віри в перемогу добра над злом. Тому нині, Релігія і Медицина, Наука і Освіта, що забезпечені Правом (де Право, Релігія, Медицина, Освіта і Наука мають бути Окультурені супроводом Філософії) є: вагомими засобами Перемоги України у війні, що розв'язала проти неї Росія, Перемоги Українського світу у двобой з "руським міром" зла; факторами національної (релігійної, медичної та ін.) безпеки; чинниками утвердження демократичної, соціальної правової держави і Українського світу в мирний повоєнний час.

Література:

1. Конституція України (1996). – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр#Text>
2. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони (2014). – URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#Text
3. Бучма, О. (2023). Релігійно-правовий вимір російської війни проти України на тлі суспільно-державних трансформацій ХХ—ХХІ століть. Філософська думка, (1), 45-58.

4. Бучма, О. (2023). Релігійні права і свободи у фокусі дихотомії “глобальне – локальне”. Георелігійні процеси і конфесійні трансформації в Україні: колективна монографія. Київ: Світ Знань. С. 167 – 182.

Павленко П. Ю.,
Відділення релігієзнавства
Інституту філософії імені Г. С. Сковороди НАН України,
pavpavua@gmail.com

ХРИСТІЯНСТВО ОБПАЛЕНЕ ВІЙНОЮ. “ТЕОЛОГІЯ ПІСЛЯ БУЧІ”

“Бог є Любов”, повчає християнство. У мирний час це твердження сприймається християнами цілком природно. Прийнятним є сповідання евангельського паціфізму з його “любов’ю до ворогів”, з ідеями про ненасилля щодо іншої людини і непротидію злу. Проте під час війни, коли докола несправедливість, страждання, горе, смерть, доволі складно вірувати, що Бог є Добрим (Благим), що він є милосердним і усемилостивим Творцем. Якщо новозавітний Бог є Любов, то чому попустив масові страждання і вбивства невинних? Чому не захистив бодай дітей? – Якщо не хотів, то він не є Любов’ю. А якщо не міг, тоді він не Вседержитель, не “стовп і підвалина правди” (1 Тим. 3:15).

Після II Світової війни ставилось інакше питання: Чи можливе християнство після Освенцима? І якщо біблійний Бог допустив Голокост, то він уже не може вважатись уособленням Любові. Але оскільки представниками релігій після 1945 р. це питання на богословському рівні залишилось нерозв’язаним, то відоме гасло “ніколи знову” виявилось пустопорожньою нікчемністю, бо ж оте “ніколи” таки повторилось через 77 років у центрі Європи – в Україні! І вся усталена, вибудовувана десятиліттями біблійно-гуманістична система світоуявлення західної цивілізації після 24 лютого 2022 р. зламалась, бо на протиположності всьому світу, який був переконаний у непорушності “ніколи знову”, російська тоталітарна машина, розв’язуючи війну проти України у 2014 р., оприлюднила протилежне гасло – “можем павтарить”. От і повторили, несподівано і неочікувано для Заходу, реалізуючи свої злочинні наміри з особливим зухвальством і у найпідступніший, найжорстокіший спосіб [1].

Як свого часу “теологія після Освенцима”, так і християнство після Бучі доводить неспроможність віроповчальним інструментарієм пояснити реальність Катастрофи. Будь-яке традиційне обґрунтування, на зразок “Бог є любов”, “Бог любить світ”, “Бог любить людину” на фоні Катастрофи виглядає наругою над пам’яттю жертв; будь-яке інше – доведе безпорадність християнського Бога протидіяти злу. Недолуго виглядають і спроби, з одного боку, пояснити Катастрофу текстами з Давидових псалмів чи Книги Йова або апокаліптичними розділами книг Ісаї та Єремії, а з іншого боку, вказати на якісь паралелі між мученицькою смертю Христа й усіма замордованими росіянами на окупованих територіях [9, с. 123-124].

Протоіерей ПЦУ Георгій Коваленко на 10-й день повномасштабного

вторгнення опублікував відео, в якому намагається відповісти на питання “Де Бог?” під час геноциду в Бучі, “Чому він це не зупинив?”, “Як він міг це дозволити?”. У своєму аналізі він намагається отримати пояснення у Біблії, але цим тільки підводить слухачів до висновку, що переконливих відповідей у Святому Письмі не існує. Одне із висновкових положень його проповіді зводиться до того, що належить просто вірити, що як свого часу страждав, був вбитий, але потім воскрес Спаситель, так само воскресне Україна. Проте це ніяк не пояснює роль, участь, позицію Бога у Бучанській трагедії. Тому озвучені на початку проповіді питання залишаються без відповідей: оскільки “на ці питання важко відповідати”, бо “слів недостатньо”, висновує служитель, то “в цей момент краще мовчати” [2].

Сьогодні у християнських спільнотах вже почали говорити про “теологію після Бучі”, ставлячи практично ті самі питання, які ставили християни й юдеї після II Світової війни. Але передбачаючи, що відповідей або не буде, або вони можуть не сподобатися, нагальні запитання ховаються вірянами за їхнім чесним мовчанням, оскільки, як зауважує український журналіст Максим Віхров, потрібен час, аби “перетравити досвід безпосереднього зіткнення зі злом, який ми зараз отримуємо в ударних дозах” [3]. Роман Соловій, директор Східноєвропейського інституту теології, філософ і богослов відверто констатує: “я не готовий говорити про це сьогодні. Нам в Україні доведеться ще довго і болісно, як євреям після Освенциму, шукати відповіді на ці питання. Формувати контури своєї теології. Теології після Бучі” [4].

Подібна “неготовність” викликана передусім тим, що всі можливі пояснення Святим Письмом жажів російсько-української війни будуть непереконливим теоретизуванням, а це цілком може кинути виклик самому християнству, як це свого часу сталося у ситуації з “теологією після Освенцима” – у черговий раз довести його (християнства) неспроможність адекватно реагувати на реальність війни. Той, хто наважується стати “теологом після Бучі” зауважує, що остання буде суттєво відрізнятися від “теології після Освенцима” передусім тим, що та мала справу здебільшого “із критичною саморефлексією”, яка, заглиблюючись у “безконечні пошуки власної провини: у німецькості, європейськості, християнстві і ледь не в самому Богові”, в остаточному рахунку стала для християнства “руйнівним явищем” [5]. Натомість “теологія після Бучі” не піде шляхом “критичної саморефлексії”, оскільки остання буде з’ясовувати питання “про зло, спричинене Іншим” [5]. Цебто ті, хто чинять його, у власному сенсі не є (або їх не слід вважати) християнами, тобто зло у контексті російсько-української війни зразу буде винесене “за межі християнства”, бо винуватцями його є зовнішні “інші”.

Якщо так, тоді “теологія після Бучі” стане вирішувати єдину проблему – зняти відповідальність за зло, не лише з Бога, а й з тих “інших”, які здебільшого також були християнами – вірянами російського православ’я і, таким чином, всю провину за зло перекаже на абстрактну людину гріха, обумовить існування зла її відступництвом і кине клич до масового каяття всіх і вся – і жертв, і катів, – урівнюючи їх між собою і в такий спосіб буде прагнути демонстрації євангельської суті християнського порозуміння. Утім, за такої розкладки проблеми як така “теологія після Бучі” взагалі й не потрібна, бо вона не з’ясує нічого нового, а

тому не вкладе у повоєнне християнство нове ідейне наповнення, не надасть поштовх до розкриття нових християнських смислів [9, с. 125].

Поступ “теології після Освенцима” забуксував практично на самих її початках, оскільки не знайшов відповідей на низку важливих екзистенційних питань: одні розчарувались у всесильності і всемогутності Бога Євангелій, другі покинули християнство, реакція третіх звелась до замовчування Катастрофи, а четверті продовжують повчати, що виною у всьому є людські гріхи. Ось і сьогодні, але тепер вже після Бучі, більшість євангельських християн лише констатують: “Точної причини, чому Бог допустив війну в Україні, ми не знаємо. Але в загальному Біблія відкриває причину всім бідам – це гріх. Людина через свою впертість обрала свій власний шлях, замість того, щоб мати спілкування з Богом. Цей вибір, який виражається в активній непокорі Богу, називається гріхом. Тепер людина відлучена від Бога і заслуговує на смерть. Але Бог любить нас і в Нього є чудовий план для нашого життя. Через Ісуса Христа можна примиритися з Богом і визволитися від людських гріхів. Для цього потрібно прийняти Ісуса Христа як свого особистого Спасителя і Господа. Тільки після цього ми зможемо зрозуміти Божу любов і Його задум. Поки на світі є люди, які не повірили в Ісуса Христа, поки вони не звільнилися від своїх гріхів, війни будуть продовжуватись до кінця історії землі” [6].

Вислів “тепер людина відлучена від Бога і заслуговує на смерть” особливо “актуально” звучить на фоні Бучанської трагедії і є “підним” поясненням Катастрофи. – У цій тезі криється вся можлива перспектива “теології після Бучі”. Якщо з такою міркою підходити до її започаткування, то й справді вона нічого суттєвого не висновить. Більше того, не змінить й саме повоєнне християнство, оскільки, не надаючи притомних відповідей на питання “Де був Бог?”, релігія Христа залишиться такою, якою вона була не лише “до Бучі”, а й “до Освенцима”, і взагалі будь-якого катастрофічного в історії “до...” – заручником догм, канонів, усталеної віроповчальної традиції [9, с. 125-126].

Якщо після II Світової війни багато євреїв, зневірившись у біблійному Бозі, зреклись юдаїзму і стали “культурними євреями”, то чимало вірян в Україні після Бучі, подібно до євреїв після Освенцима, перестали бути християнами. Однак вони не стали кимось, на зразок “культурних православних”, “культурних католиків” чи “культурних протестантів” – вони взагалі відійшли від релігії, бо ж не знайшли відповідей для себе у конфесійних віровченнях і головне – у біблійних текстах. Знайшлися й такі, хто, передовсім задля збереження власної віри, стали повчати, що це Всевишній, мовляв, карає українців війною за гріхи перед ним. Подібні ідеї активно поширюють загалом представники московського православ'я (хоча такі є й серед протестантів), підсовуючи в якості аргументів біблійні тези про покарання єврейського народу ассирійцями, вавилонянами чи римлянами.

“Теологія після Освенцима” у своєму розвитку звелась, по суті, якщо й не до повного заперечення Бога, то, принаймні, спровокувала критику біблійних уявлень про нього. В сучасному юдаїзмі стала популярною ідея про два одкровення, яке отримали євреї у своїй історії – Одкровення на Синаї та Одкровення в Освенцимі. І якщо перше засвідчило Божу присутність, допомогу і захист, то друге стало повною протилежністю першому, оскільки в ньому Бог засвідчив про свою відсутність серед свого народу, безпомічність. Останнє

доволі складно визнати, тому, аби не прийти до радикальних висновків, Голокост списується на “закони природи” і “закони цього світу”, які створив Бог. У такий спосіб юдаїзм обходить можливі твердження про Бога-сади́ста, про Боже покарання євреїв за численні переступи перед ним і тому перекладає відповідальність на людину [7].

“...Для християнства, - зазначає філософ й юдейський теолог Еміль Факенхайм (1916-2003), – головний подив – це чудо його Радісної Звістки. Але після Голокосту неможливе повне чудо, якому не загрожував би повний жах. Тому не дивно, що сьогоднішня християнська теологія, прагнучи зберегти чудо, найчастіше не помічає цього жаху, применшує його, розчиняє його в універсальному жаху, що є скрізь і, отже, ніде. Але цей шлях теж не спасає: адже розчинити жах – означає розчинити також і чудо. Лише відкрившись для жаху, християнська віра і християнська теологія можуть врятувати свою цілісність і сподіватися, що їх знову подивує стара Радісна Новина” [8, с. 278].

Так само і після Бучі Радість Христової Пасхи може затьмаритись страхіттями війни, оскільки, намагаючись списати жахи геноциду на суто людський фактор, релігія Євангелій перетворить сучасний Український Голокост на “універсальний жах” і, таким чином, позбавить його конкретики, затре обличчя й імена невинно убієнних і тим самим, урівнюючи жертви і катів, відтак приглушить злочин, а, отже, приховає провину. Доки християнство не перебере частину провини на себе, не визнає, що серед катів і колаборантів були і є ті, хто були і є християнами – членами конкретних конфесій (а церкви несуть відповідальність за дії своїх вірян) і не підведе їх до каяття, доти Буча, принаймні в українському християнстві, буде прірвою між ним (християнством) і людиною, бо Пасха буде окроплена не лише кров'ю Того, кого вважають Спасителем, але ще й тих, кого Він не захистив від російського ката, не спас від смерті, за кого не заступився – кров'ю жертв геноцидної війни Росії проти України.

Ми схильні вважати, що якщо “теологія після Бучі” буде рухатись коляями “теології після Освенцима”, вона недоцільна – вона не те, що нічого не встановить нового, оскільки її мету, і сьогодні це вже видно з окремих заяв, буде складати не з'ясування перспектив повоєнного християнства в Україні, а пошук аргументів, якими б можна було звільнити Бога від відповідальності за “Бучу” і тим самим уможливити спасіння самого християнства від ідейної кризи, в якій воно опинилось в Україні після 24 лютого 2022 р. Номінальні віруючі, яких більшість, цієї кризи помітити нездатні, а от “вірний залишок” переживає її, прагнучи традиційно знаходити відповіді у Біблії [9, с. 126]. Проте віроповчальної тези “Бог є Любов” недостатньо для ґрунтовної відповіді на питання “Де був Бог?” під час Бучанської катастрофи, “Де він є у межах російсько-української війни?”. Зволікання з відповідями не прояснює “Бучі”, а навпаки – ускладнює проблему.

Відповідь на питання “Де був Бог?” слід шукати не десь “взагалі”, а у конкретних церковних громадах, у кожного віруючого, з яких і складається Тіло Христове. А якщо хтось вважає, що християнство, сповідуючи євангельську ідею про зречення земного не відповідальне за зло у “цьому світі”, то той глибоко помиляється. – Є зло, є злочинець, існує провина, а значить у церковному сенсі мусить бути каяття і спокута, а в юридичному – суд, вирок і покарання.

Без необхідного каяття жодна “теологія після...” не врятує християнство, не змінить його, а тому й не зробить його актуальним для існування у світі після Перемоги над рашизмом. Наразі доля повоєнного християнства в Україні в руках віруючих. Якщо християнство залишиться таким, яким воно було до війни, воно ризикує перетвориться на обрядовіство, прихильниками якого стануть суто “культурні”, цебто номінально-звичаєві сповідники, власне, “прихожани” у прямому сенсі цього слова, які будуть нечутливими до християнської кериґми, бо суть усієї їхньої церковності становитиме формалізм. А зовнішнє, обрядове, відсторонене від сучасності християнство, не інтегроване у світ сучасної людини з її нагальними потребами, проблемами і запитами, навряд чи буде затребуваним світоглядом [9, с. 126].

Література:

1. Українське “Ніколи знову” проти російського “Можем повторіть” // Главком. 8 травня 2023. – URL: <https://glavcom.ua/columns/epifaniy/ukrajinske-nikoli-znovu-proti-rosijsko-ho-mozhem-povtorit-925555.html> (дата звернення: 06.05.2024)
2. Буча: Де був Бог і чи є Він взагалі // РІСУ - Релігійно-інформаційна служба України. 04.04.2022. – URL: https://risu.ua/bucha-de-buv-bog-i-chi-ye-vin-vzagali_n127979 (дата звернення: 06.05.2024)
3. Віхров Максим. Теологія після Бучі // Verbum. 27 квітня 2022. – URL: <https://www.verbum.com.ua/04/2022/gold-on-blue/theology-after-bucha/> (дата звернення: 06.05.2024)
4. Soloviy R. Теологія після Бучі. 3 квітня 2022 р. // Facebook. – URL: <https://www.facebook.com/731114482/posts/10159902126439483/> (дата звернення: 06.05.2024)
5. Загребельний І. Чи потрібна нам “нова теологія після Бучі” // Політична теологія. – URL: <https://politteo.online/materialy/chy-potribna-nam-nova-teologiya-pislya-buchi/> (дата звернення: 06.05.2024)
6. Калина О. Чому Бог допустив війну в Україні? // Церква Дім Євангелія. П'ятниця, 26 серпня 2022. – URL: <http://baptist.vn.ua/blog/item/14-chomu-v-ukraini-viina> (дата звернення: 06.05.2024)
7. Холокост – не наказание, Всевышний – не садист // Хадашот новости еврейской жизни в Украине. – URL: <http://archive.hadashot.kiev.ua/content/holokost-ne-nakazanie-vsevyshniy-ne-sadist> (дата звернення: 06.05.2024)
8. Факенхайм Э. О христианстве после Голокауста // Социально-политическое измерение христианства. Избранные теологические тексты XX века (Переводы). – М., 1994.
9. Павленко П. Ю. Християнство після Бучі: спроби теоретичних рефлексій катастрофічної дійсності // Філософія в сучасному науковому та соціально-політичному дискурсах. Матеріали доповідей та виступів IV всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю 16-17 листопада 2023 року. Вінниця : ТВОРИ, 2024. – С. 123-126.

ВПЛИВ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТА НА ПРОЦЕС РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦІЇ

Психоемоційні та фізіологічні особливості:

- Віруючі – духовна впевненість (Бог допоможе) – позитивний вплив на процес реконвалісценції
- Оптимісти – впевненість у власну перемогу над хворобою - позитивний вплив на процес реконвалісценції
- Песимісти – хтось зробить, небажання боротися – негативний вплив на процес реконвалісценції
- Білявки, руді – стара клінічна прикмета – негативний вплив на процес реконвалісценції
- Колективізм та індивідуалізм – доміанта в різних поколіннях та статі (звичайний стан та екстрим)
- Теорія поколінь (презентація Якобчук А. А.)
- Зміна відношень – What can I do for You – OR (або) – What do you want – з культурного на агресивне

Квінтесенцією особистого духовного досвіду, світоглядним заповітом Войно-Ясенецького – і як християнського пастора, і як освіченого лікаря – не тільки своїми сучасниками, так і майбутнім поколінням є книга “Дух, душа и тело”. Працювати над нею Владика почав ще в 1920-х роках, а завершив в 1945-1947 роках.

Центральним базисом книги стала проблема “Господь – світ – людина”. Книга вражає глибоким аналізом різних напрямків людських знань та взаємовідношень. Головна ідея прослідковується в аналізі життєвих прикладів людської взаємодії в екстремальні часи щодо суспільства та пошук шляхів щодо становлення людини як “духовної істоти». Тому, головні ідеї цієї книги мають особливе значення для вирішення проблем сьогодення, коли відчувається певний дефіцит любові та милосердя на фоні зовнішнього “стресу”.

Глибина та глобальність кризи, що переживає сучасний світ, свідчить про те, що в її основі лежать насамперед деформації свідомості людей. Тому не випадково сьогодні виникає гостра потреба в пошуках нової етики, нових моделей розуміння світових змін. Пройшло вже багато десятиріч після публікації книги “Дух, душа и тело”, але основні її концепції мають особливе значення сьогодні, у висвітленні сучасних проблем, нових тенденціях в житті суспільства.

Автор книги проводить тісний зв'язок між вірою та фізіологічними процесам через нервову систему. Його відомий вислів “Той, хто більше вірує, виліковується частіше” можуть підтвердити багато практикуючих лікарів. Зокрема автор цієї презентації зі свого клінічного досвіду загального хірурга.

Проблеми поколінь:

Покоління часу В. Ф. Войно-Ясенецького:

- Революція. Війни, стрес, епідемії
- Життя в реальному суспільстві – не було зовнішніх сучасних спілкувань (інтернету, ТікТоку ...)

• Більш тісний контакт між людьми та Взаємодопомога, співчуття. Під час Вітчизняної війни (зі спогадів моєї мами Діни Борисівни)

“Теорія поколінь” – розроблена Вільямом Штраусом та Нілом Хоувом та систематизує цикли поколінь (Generations):

Віковий фактор сприяння сучасності, зокрема – сфера медицини:

- BABY boomer. 1943 – 1963
- Generation X 1963 – 1983
- Generation Y. 1983 – 2003
- Generation Z. Після 2003

Цикли поколінь (Generations):	Цінності:	Особливості консультування:
1. Baby Boomer (1943 – 1963 pp.).	<ul style="list-style-type: none"> • Резистентність до впливу моди • Звертають увагу на звання та наукові ступені • Тривалий час вивчають ринок в пошуках «свого» лікаря 	<ul style="list-style-type: none"> • Консультація триваліше ніж звичайно • Пацієнтам дуже важливо, щоб їх вислухали повністю • Люблять переходити на власні (особисті) теми та проблеми • Частіше інших приходять за рекомендацією • Рішення хірурга для них повинно бути аргументовано • Частіше шукають хірурга аналогічного віку
2. Generation X (1963 – 1983 pp.). Це найбільш ЗА-МОЖНЯ частина населення Землі на сьогодні	<ul style="list-style-type: none"> • Висока ціна говорить їм про відповідну якість послуги • Дуже важливий “СЕРВІСНИЙ СУПРОВІД” • У пріоритеті безпека та анонімність • Найчастіше використовують “сарафанне радіо” 	<ul style="list-style-type: none"> • Бажають вислуховувати тільки головну інформацію щодо процедури • Не люблять переходити на особисті теми • Завжди оцінюють dress code лікаря (співрозмовника) • Звертають увагу на пунктуальність лікаря (зокрема – на своєчасний початок призначеної консультації)
3. Generation Y (1983 – 2003 pp.).	<ul style="list-style-type: none"> • 60% рішень приймається інтуїтивно • Ретельно вивчають ринок (інтернет) • Цінять креативність • Дивляться на життя з іронією 	<ul style="list-style-type: none"> • Не люблять тривалих консультацій • Негативно відносяться до розпитувань щодо особистого життя • Чекають від лікаря остаточного рішення щодо методу втручання • Бажають “м’якого” підштовкування щодо прийняття рішення • Адекватний гумор лікаря сприймають позитивно • Нав’язливий пресинг сприймають негативно • Часто запитують щодо скидок, але відмова в них не викликає негатив. • Вивчають “мат.часть” насамперед консультації • Використання “передових технологій” позитивно впливає на вибір лікаря.
4. Generation Z (2003 – наш час).	<ul style="list-style-type: none"> • Живуть у світі гіперінформації • Мають аналітичні здібності • Не сприймають рекламу у “чистому вигляді” • Їх думка завжди на рівні “експертної” 	

5. Як вплинула війна на психоемоційний стан?

- Негативно! Які особливості сучасного покоління? Чекаємо професійного аналізу

Дякую за увагу!

“Людина не так потребує Кохання як Розуміння” (Джордж Оруелл)

ІНДИВІДУАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ЯК СУСПІЛЬНА ЦІННІСТЬ

Медична реформа, що реалізується в Україні, ґрунтується на ідея формування *єдиного медичного простору*: впровадження механізмів рівного доступу споживачів до високоякісних медичних послуг, забезпечення їх доступності, поліпшення здоров'я громадян тощо [1, с. 24]. Відповідне організаційно-правове забезпечення медичної сфери вимагає врахування багатьох чинників, серед яких права, свободи та законні інтереси пацієнтів; баланс суспільного та індивідуального блага; сучасні моделі здоров'я та хвороби, орієнтовані на благо пацієнта як соціального суб'єкта. Про складність та комплексність поставленого перед українською державою завдання свідчить той факт, що у державах ЄС існує не тільки позитивний, але й негативний досвід впровадження концепції єдиного медичного простору [1, с. 452].

Соціальна суб'єктність пацієнта, його активна участь в соціальних стосунках у справі "боротьби" з хворобами та зміцненні свого здоров'я, є одним з важливих критеріїв успішності надання медичних послуг в умовах єдиного медичного простору. Іноді це поняття визначають як пацієнт-центричність медицини, маючи на увазі забезпечення пацієнтів допомогою, яка відповідає індивідуальним потребам та цінностям, гарантує збереження суб'єктності у прийнятті клінічних рішень.

Філософсько-методологічний аналіз наукової літератури свідчить про те, що на початку 21 століття формуються нові методологічні та організаційні принципи та ідеали медичної практики та медицини: все більш значну роль у ній починають відігравати аспекти медичного менеджменту, заснованого на повазі прав клієнта, задоволенні його різноманітних життєвих потреб, уявленнях про *індивідуальне здоров'я* як суспільну цінність.

Існують різноманітні сучасні соціологічні та інші наукові концепції, які констатують відсутність однозначного усталеного визначення суспільних благ, пов'язаних з державними інститутами та інституціями [2, с. 15]. Але усі автори сходяться в наявності у суспільних благ принаймні двох характерних рис: *неконкурентності* у споживанні (відсутність суперництва) та *неможливості виключення будь-яких споживачів або привласнення благ з боку окремих індивідів або приватних структур*.

Соціологічні та економічні теорії, що ґрунтуються на принципі *методологічного індивідуалізму* [2, 3], закликають до чергової проблематизації співвідношення соціальних та індивідуальних благ та цінностей через те, що величина блага, якого дійсно прагнуть люди, визначається їхньою повсякденною діяльністю, діями, а не державою та медичною наукою; деякі суспільні блага люди можуть отримувати без втручання уряду та держави; і, насамкінець, суспільні блага не завжди тотожні тому, що самі індивіди вважають благом для себе [2, с. 14].

У 80-х роках ХХ століття був показаний взаємозв'язок між моральними цінностями, рівнем етичної культури медперсоналу і якістю медичних послуг, які вони надають. Ці дослідження стали поштовхом для суспільних ініціатив з надання

медичних послуг, які враховують *цінності* того або іншого контингенту пацієнтів, спрямовані на підбір персоналу та організацію роботи закладу відповідно до них [4]. У результаті були створені зелені (засновані на екологічних цінностях) клініки, дружні до молоді центри, християнські центри медичної допомоги та поліклініки для феміністично орієнтованих жінок тощо.

Значною мірою на формування сучасних уявлень та моделей здоров'я як поєднання біологічних, екологічних, ціннісних та інституціональних складових сприяли *біоетика та валеологія*, які акцентували увагу на об'єднанні медичних та екологічних векторів здоров'я, на важливості ціннісних засад взаємодії медперсоналу та пацієнтів, на індивідуальних та суб'єктивних вимірах здоров'я та хвороби, на правах пацієнта на автономію, свободу вибору та гідність у сфері надання медичних послуг.

Біоетична та валеологічна модель здоров'я базуються на тому факті, що здоров'я – це явище, яке не пов'язане виключно з медициною та медичними умовами. Значною мірою здоров'я є результатом відповідальності пацієнта за реалізацію своїх життєвих стратегій, принципів і цілей. Ці моделі втілюють уявлення про життя людини як гармонію її тілесного, фізичного, психічного, морального, духовного і соціального вимірів, що реалізується на рівні різноманітних біоетичних прав людини, в тому числі права на здоров'я та хворобливі стани. Вірність своїм переконанням, гідність та свобода вибору для особистості можуть бути більш важливими ніж факт біологічної норми та здоров'я як блага у контексті медичного дискурсу.

Валеологічна модель підкреслює важливість вдосконалення і використання людиною як традиційних, так і нетрадиційних технологій збереження та розвитку індивідуального здоров'я, роль способу життя. “Валеологічний поворот” в медицині пов'язаний з розумінням необхідності активної турботи кожної людини про своє здоров'я як про власне благо, турботи не тільки про тіло, але й про душу. Ще в давнину стоїки відзначали подібність медицини тіла та терапії душі, в центрі їхньої дискусій – загальне поняття – *pathos*, термін, що одночасно означає пристрасть та розлад здоров'я. В обох випадках стани характеризуються пасивністю, яка в тілі набуває форми захворювання, що порушує рівновагу рідин-гуморів, або якостей, а в душі порушує форму душевних рухів, здатних захопити людину всупереч її благим намірам.

Значний внесок в розвиток ідей про *право людини на хворобу* було зроблено в 70-ті роки 20 століття різними авторами. Зокрема, Т. Келяновський показав, що це питання органічно пов'язане з низкою інших: визначенням здоров'я як середньостатистичної норми, інвазивністю медицини, невиправданим соціальним оптимізмом (світ без хвороб), утилітаризмом, особливими культурними цінностями (гарна фізична форма, здоровий зовнішній вигляд), однобічною інтерпретацією права людини на здоров'я, а не на хворобу [5]. Він стверджував, що сучасна епоха втілила в життя постулат права на здоров'я, сформульований ще в 19 столітті, складовою якого стало медичне страхування, але настав час відстоювати права хворих на повноцінну участь у житті суспільства та боротися з різними проявами нетерпимості, дискримінації та маргіналізації. Таким чином, поряд із правом на здоров'я право на хворобу також має стати універсальним.

Медична реформа, що реалізується в Україні, та досвід боротьби з пандемією COVID-19 актуалізували перегляд обсягу прав та зобов'язань

особистості пацієнта у сфері надання медичних послуг, нагальність формування нової суб'єктності пацієнта, розробку сучасних, адекватних глобальним викликам, концепцій здоров'я в умовах глобалізованого та медикалізованого суспільства. В цьому контексті важливе значення має подальше дослідження філософських, теоретико-методологічних, наукових підходів до розуміння здоров'я та хвороби крізь призму соціальної суб'єктності пацієнта, формування різноманітних соціальних відносин, міжособистісного простору, соціальних мереж.

Література:

1. Єдиний медичний простір України: монографія. За заг. ред. Стеценка С. Г. – Харків: Право, 672 с.
2. Журавльова Ю. О. (2016), “Еволюція наукових поглядів на категорію “суспільні блага””, *Причорноморські економічні студії*, 9-1: 12-16.
3. Скотний П. В. (2010), “Креативи методологічного індивідуалізму в перспективах сучасної економічної теорії”, *Науковий вісник НЛТУ України. 4.Економіка, планування і управління галузі*. 20.7:109-117.
4. Veatch R. M. (1981), *A theory of medical ethics*, Basic books, N.-Y.
5. Halasz J. (2018), “About the right to beill”, *Medicine, health care and philosophy*, 21: 113-123.

Карівець І. В.,

Національний університет “Львівська політехніка”,
lhor.v.karivets@lpnu.ua

БЛИЗЬКИЙ-ДО-СМЕРТІ ДОСВІД: НАУКОВО-МЕДИЧНЕ ТА ФІЛОСОФСЬКО-РЕЛІГІЙНЕ ТЛУМАЧЕННЯ

Близький-до-смерті досвід – це екстраординарний досвід позатілесного існування психіки (свідомості) у стані клінічної смерті, коми, релігійного екстазу, містичних переживань, йоґічної медитації, усвідомленого сновидіння (Кастанеда) тощо. Академічно-науковий інтерес до такого досвіду є величезним, а для філософії (метафізики), релігії, він, без перебільшення, є конститутивним, тобто він покладається в їхню основу.

У 1975 році вперше термін “близький-до-смерті досвід” вжив амери-канський філософ, психолог та лікар Реймонд Моуді, автор відомої праць “Життя після життя” [8], в якій він описав 150 випадків пережиття клінічної смерті. З тих пір дослідження близького-до-смерті досвіду не припинялися, а навпаки, інтенсифікувалися.

Міжнародна асоціація дослідження близького-до-смерті досвіду (International Association for Near-Death Experience) має свій рецензований журнал “Journal of Near-Death Experience”, який видається з 1981 року. Це, фактично, єдиний академічний журнал, який спеціалізується на дослідженнях близького-до-смерті досвіду. Крім цього спеціалізованого журналу, є профільні рецензовані журнали з нейронаук та когнітивних наук, в яких публікуються статті з даної проблематики, наприклад такі як “Trends in Cognitive Sciences”, “Frontiers in Human Neuroscience”. Опубліковані також ґрунтовні монографії, в яких аналізується близький-до-смерті досвід та інші споріднені з ним досвіди, не лише філософів та психологів [1, 2],

але й медиків-практиків [3, 4]. Опубліковано монографії тих, хто має такий досвід і ділиться ним з іншими [5, 6]. На скільки мені відомо, в Україні такі серйозні наукові дослідження не проводяться й відсутні статті та монографії, як науковців, так і тих, хто має такий досвід [див. 7]. Хоча, можна стверджувати, що в часи війни, зокрема російсько-української, яка триває й зараз, є люди, є воїни, які перебували у стані клінічної смерті чи коми, після яких повернулися до земного життя. Вони могли би розповісти про свій близький-до-смерті досвід і поділитися цінною інформацією. Такий досвід є викликом для матеріалістів й атеїстів, для тих, хто вважає, що фізичний світ – це єдиний світ, а після смерті нічого немає – настає тотальна темрява або ж глибокий сон.

Якщо ми проаналізуємо емпірично-наукові результати дослідження близького-до-смерті досвіду, то на їхній основі висуваються гіпотези про причини відчуття людиною позатілесного існування та різних феноменів, які супроводжують це відчуття “безтілесності”: а) ішімія сітківки ока, б) системний ацидоз та іонний зсув, в) тимчасова дисфункція скроневі частини мозку та епілептичні розряди, г) дисбаланс різноманітних нейромедіаторів (дофаміна, серотоніна, норадреналіна, ендогенних опіоїдів тощо), д) аналогія між відчуттями у стані близькому-до-смерті та дією галюциногенів, ж) мультисенсорний збій та з) очікування загробного життя [9, с. 1]. Також існують певні моделі пояснення близького-до-смерті досвіду, а саме: такий досвід активізує очікування людини зустріти після смерті померлих родичів чи іншими людей, з якими вона все ще емоційно пов'язана; активізує пам'ять народження; спричиняє психологічний стрес, а відтак і психічний хаос. Всі ці причини й моделі пояснення близького-до-смерті досвіду є нейрохімічнофізіологічними. Виходячи з них, пояснюються спільні характеристики такого досвіду: відчуття радості та ейфорії, умиротворення, перебування в тунелі, бачення дуже яскравого світла, яке породжує всеохопне почуття любові, зустріч з померлими родичами та іншими істотами, наприклад, ангелами.

В європейській інтелектуальній традиції є філософії (метафізичні концепції), які породжені близьким-до-смерті досвідом. Платон заявляв, що філософом не може бути той, хто немає досвіду вмирання, тобто відділення душі від тіла [10, с. 240]. Відома притча про печеру Платона, в якій давньогрецький філософ описує вихід людини з печери (фізичного тіла) назустріч світлу, яке ототожнюється з добром (благом). Саме це світло є справжнім буттям, на яке повинно бути спрямоване філософське мислення. Тому справжній філософ більше за інших людей прагне досягнути цього світла шляхом відділення душі від тіла.

Ще одним прикладом філософії, яка виникає на основі близького-до-смерті досвіду, є філософія Рене Декарта. “Метафізичні медитації” Декарта є вправлінням у відділенні душі (свідомості) від тіла. На основі цього вправління він доходить висновку, що він не є фізичним тілом; він навчився відділяти розум (свідомість) від тіла й “ясно бачити” речі такими, якими вони є насправді, тобто він досяг найвищої ясності мислення (розуму). Таке мислення також дозволило йому наблизитися до Бога й ясно побачити, що він існує [11, с. 213, с. 264].

Не можна не згадати феномен містики, яка містить багато близьких-до-смерті досвідів. До прикладу, італійський містик Бонавентура у своєму трактаті “Путівник мислі до Бога” описує сходження душі до Бога, яке може відбутися тільки тоді, коли душа відділиться від фізичного тіла. Відділення душі від тіла можливе

у стані містичного екстазу. Коли процес відділення почався, то душа одразу потрапляє у яскраве світло, яке може її засліпити. Це засліплення відбувається через те, що душа ніколи не бачила такого світла; вона звикла, як каже Бонавентура, “до темряви”. Однак, поступово душа звикає до цього світла й тоді їй відкривається яскраве первинне, несотворене, вічне буття [12, с. 61].

Отож, Платонівський, Декартівський та Бонавентурівський екстраординарний досвід містить ті ж самі пережиті феномени, що й більшість людей, які повернулися з “потоїбічного світу”, переживши клінічну смерть; вони також мають ті ж самі відчуття радості, миру, спокою, ясності, й переконання, що “той світ світла” кращий за земний світ. Тільки науково-медичний підхід до близького-до-смерті досвіду є нейрохімічнофізіологічним, який наголошує на змінах у функціонуванні організму та мозку в такому критичному стані, а філософи та містики – на існуванні духовної реальності, яку може сприймати відділена від фізичного тіла душа (розум, свідомість). Але факт залишається фактом, ті люди, філософи чи містики, ті, хто займається духовними практиками й ті, хто пережив клінічну смерть, всі вони так чи інакше змінюються внутрішньо, змінюють своє ставлення до смерті (тепер вона не є чимось страшним), вони змінюють свої цінності й стверджують, що такий досвід сприяв їхньому духовному розвитку.

Література:

1. Kelly, Edward F., Kelly, Emily W., Crabtree, A. (2007), *Irreducible Mind: toward a psychology for the 21st century*, Rowman & Littlefield Publishers, Inc., Lanham-Boulder-New York-Toronto-Plymouth UK.
2. Fox, M. (2003), *Through the Valley of the Shadow of Death: Religion, Spirituality, and Near-Death Experience*, Routledge, London and New York.
3. Marsh, M. (2010), *Out-of-Body and Near-Death Experience. Brain-State Phenomena or Glimpses of Immortality?* Oxford University Press, Oxford.
4. Lommel, Pim van, (2010), *Consciousness beyond Life: The Science of Near-Death Experience*. Harper Collins e-books, New York.
5. Evertz, A. (2023), *Nine Days of Eternity. An Extraordinary Near-Death Experience That Teaches Us about Life and Beyond* [Trans. by Melanie Brownlee], HAY HOUSE, Carlsbad, California-New York-London-Sydney-New Delhi.
6. Gentile, Rob A. (2021), *Quarks of Light. A Near-Death Experience: What I Saw That Opened My Heart*, IGNITE PRESS, Fresno.
7. Карівець, І. В. (2016), “Позатілесний досвід, чисте буття та метафізика”, *Антропологічні виміри філософських досліджень*, Вип. 10. С. 7-16.
8. Мууді, Р. (2021), *Життя після життя. Дослідження феномену життя після смерті тіла* [Пер. з англ. Ігоря Андрущенко], Terra Incognita, Львів, 285 с.
9. Facco, E., Agrillo, Ch. (2012), “Near-death experiences between science and prejudice”, *Frontiers in Human Neuroscience*, Vol. 6, 1-7.
10. Платон (1999), “Федон”. В: Платон. *Діалоги* [Пер. з давньогр.], Основи, Київ, С. 234-292.
11. Декарт, Р. (2014), “Медитації про першу філософію (Метафізичні медитації)”, Декарт, Р. *“Медитації” Декарта у дзеркалі сучасних тлумачень* [Жан-Марі Бейсад, Жан-Люк Марйон, Кім Сан Он-Ван-Кун / Пер. з фр. і лат.], Дух і Літера, Київ, С. 115-292.

12. Бонавентура (2014), *Путівник мислі до Бога. Про приведення мистецтв до богослов'я* [Перекл. з латинської мови, вступ, коментарі Ірина Піговська], Видавництво Українського католицького університету, Львів, 170 с.

¹Milan Lupták, ²Marína Luptáková,

¹výzkumne centrum Geomigrace, Přírodovědecká fakulta,

²Ustav východního křesťanství, Husitská teologická fakulta;

Univerzita Karlova, Praha, Česká republika,

luptakm@seznam.cz

ROLE NÁBOŽENSTVÍ V INTEGRACI UKRAJINSKÝCH IMIGRANTU A UPRCHLÍKU V ČESKÉ REPUBLICE

---- Česká republika je již více než tři desetiletí cílovou zemí pro mnohé migranty z celého světa. Podle statistik Ministerstva vnitra České republiky v Česku žilo na konci ledna 2024 - 1 milion 72tisíc 567 cizinců, což tvoří přibližně jednu desetinu populace České republiky. Nejpočetnější komunitou cizinců v Česku je od počátku 90-tych let minulého století trvale ukrajinská migrační komunita. V únoru 2022 počet Ukrajinců v Česku dosahoval 199 210 osob. Po započetí vojnového konfliktu na Ukrajině počet Ukrajinců žijících v ČR v režimu tzv.dočasné ochrany je více než 580 tisíc osob a to podle oficiálních statistik. Režim dočasné ochrany umožňuje vojnovým uprchlíkům- Ukrajincům- v Česku dostávat rozličné humanitární sociální dávky- příspěvek na bydlení,dopravu, zdravotní starostlivost,zabezpečení minimálního sociálního standardu atd. Skoro tři čtvrtiny Ukrajinců v současnosti již pracují anebo si aktivně hledají práci- převážná většina Ukrajinců však pracuje jenom na prekerizovaných pracovních pozicích a nevyužívá tak svoji vysokou kvalifikaci --- Koncepte integrační politiky vlády České republiky vychází z norem Evropské unie, neobsahuje však aspekt transnacionalizmu, který zdurazuje ve svých dokumentech EU.Táto koncepte se soustřeďuje na znalost českého jazyka, ekonomickou soběstačnost migrantů, orientaci se migrantů v české společnosti, vzájemné vztahy mezi migranty a majoritní společností. Většinu finančních prostředků na integrační programy čerpá ČR z evropských fondů- Významnou roli v procesu integrace migrantů může sehrávat a sehrávají také náboženství a církev. Například křesťanské církve vykonávají celou řadu funkcí- evangelizačně-misionářskou,ekumenickou, socialně- charitativní,vzdělávací ,osvětovou,kulturní, ekonomicko-hospodářskou,spolupracují navzájem,udržují kontakty s vládními a nevládními organizacemi-což také přispívá k integraci migrantů do struktur majoritní společnosti. K pochopení role náboženství v procesu integrace největší migrační komunity v Česku-Ukrajinců- zcela určitě přispěje i náš grantový projekt na toto téma,ktorého nositelem je Přírodovědecká fakulta UK Praha. Tento grantový projekt v jeho intencích také předpokládá provedení rozsáhlého terenního sociologického šetření všech registrovaných v Česku 44 církví, které reprezentují abrahámovské náboženství, indická náboženství a nová náboženská hnutí. Náš příspěvek na konferenci bude prezentovat některé teoretická východiska našeho výzkumu-přičemž vycházíme z premisy,že náboženství ovlivňuje všechny etapy

migračního procesu-rozhodnutí migranta o migraci, cestu migranta do cílové země a proces usazování a integrace migranta v cílové zemi.

Silvia Capíková¹, Mária Nováková²,

¹Comenius University in Bratislava,
Faculty of Medicine, Institute of Social Medicine and Medical Ethics,

² Comenius University in Bratislava, Faculty of Law,
Bratislava, Slovak Republic,

silvia.capikova@fmed.uniba.sk, maria.novakova@flaw.uniba.sk

ETHICAL DILEMMAS RELATED TO DUTY OF PHYSICIAN TO REPORT PATIENT'S NON-COMPLIANCE WITH TREATMENT IN HEALTH LAW IN SLOVAKIA

Health care legislation in Slovakia regulates the collective and individual rights of patients in a fairly extensive way in several laws. Patients' obligations, on the other hand, are legislatively regulated very briefly.

Act No. 576/2004 on health care [1] stipulates in §11 paragraph 1, that "The exercise of rights and obligations arising from this law must be in accordance with good morals. No one may abuse these rights and obligations to the detriment of another person" and in paragraph 13 that «everyone is obliged to provide or mediate necessary assistance to any person who is in danger of death or shows signs of serious health disorder, provided that he does not seriously endanger his life or health.» This Act further regulates in paragraph 14 only the obligations that a person has as a person who has a communicable disease - these concern the obligation to provide information so that it is possible to prevent the transmission of disease in the provision of health care, and to allow screening. The term «communicable disease» is not specified for the purposes of this Act, which causes misunderstandings in medical practice.

Under §4 para. 3-6 of the Act No. 576/2004 on health care [1], health care providers have an obligation to provide safe, high-quality health care, in accordance with the knowledge of medical science, to instruct the patient and to obtain his or her informed consent to the proposed health care.

However, the legislation does not oblige the patient expressis verbis to comply with the proposed treatment. However, the Act No. 578/2004 Coll. on health care providers and health care workers [2] imposes such an obligation on the patient implicitly. Pursuant §79a(1)(c)(1), the health care provider has a duty to report a non-compliance of the patient to the treatment. The content of the obligation is to notify the relevant health insurance company (in which the patient is insured) of any provision of health care to a person as a result of a violation of the treatment regimen or the use of alcohol or another addictive substance. The report should be submitted on the last day of the calendar month in paper form, on a form prescribed by the supervisory state authority or in electronic form. This obligation is incumbent on a provider who holds a permit or licensee to practice independent health care - the law does not distinguish whether it is a provider of inpatient or outpatient health care.

This notification obligation is of great importance in relation to the protection of public health insurance funds, from which health care is reimbursed to insured persons who are insured and, if they are not insured, are entitled to urgent health care under the conditions laid down by the Act No. 577/2004 Coll. on the scope of health care reimbursed from public health insurance.[3]

If a patient is provided with health care and a specific treatment regimen, and the patient agrees but does not comply with this medical recommendation, which has a causal consequence in the form of deterioration of his health, due to which the patient subsequently seeks health care again, it is ethically justified that the patient should feel the adverse consequences of own actions or neglect. The costs of this health care should not be covered at the expense of other patients. In such a case, if the health insurance company reimburses the health care to the health care provider, it can subsequently make a regression claim against such a person, even bring the case to the court. In this way, all of the three health insurance companies operating in Slovakia receive back tens of thousands of euros every year from patients.

From an ethical point of view, reporting patient information about treatment could be considered a breach of professional confidentiality of the health care professional. However, there is an interest in ensuring that the patient, by his irresponsibility to his own health, does not incur additional costs and does not drain funds of the public health insurance. So, such medical disclosure is exceptionally imposed as a mandatory duty to health care providers.

Another ethical problem is a possible trust erosion. Reporting non-compliance may strain the trust and therapeutic relationship between the physician and patient. Patients may feel betrayed or reluctant to confide in their physician if they fear that their actions will be reported without their consent, which can have negative (financial) consequences on them.

Ethical dilemmas arise also when there is ambiguity or uncertainty about the threshold for reporting, as well as concerns about the potential consequences of reporting on the patient's autonomy, well-being, and access to care. Health insurance companies sometimes understand as non-compliance with the treatment regimen also a situation where the patient does not make an appointment for a regular check-up (e.g. at an orthodontist) within the time interval specified by the doctor during the last visit (e.g. check-up after 3 months). Unfortunately, the situation is unfavourable in many regions of Slovakia due to a shortage of doctors and long waiting times, that missing a check-up according to a doctor's interval is sometimes possible. Such situations should not be reported by the doctor. In situations beyond the patient's control, health insurance companies should not penalize the patient by refusing to pay for his or her treatment, moreover, if the patient's health has not deteriorated due to non-compliance with the interval of check-up. The need for health care invoked by neglected compliance is an important prerequisite required by law [2] pursuant §79a(1)(c)(1).

Navigating outlined ethical dilemmas requires careful consideration of the principles of autonomy, beneficence, non-maleficence and justice [4], as well as a commitment to collaborative decision-making and careful education of patients or patients' legal guardians in order to obtain informed consent or authorised

refusal of suggested treatment. Healthcare professionals need to be appropriately educated themselves, too.

References:

1. Act 578/2004 of the Collection of Laws of the Slovak Republic ("Coll.") "on health care, services related to the provision of health care and on amendments to certain laws", as amended.
2. Act 578/2004 Coll. "on healthcare providers, healthcare workers, professional organizations in the healthcare and on the amendments and supplements to certain acts", as amended.
3. Act No. 577/2004 Coll. "on the scope of health care paid for on the basis of public health insurance and on payments for services related to the provision of health care", as amended.
4. TRIZULJAKOVÁ J. et al. Medical ethics-Selected chapters. Part I, Bratislava: Comenius University Publishing House in Bratislava, 2017. 232 p. ISBN 978-80-223-4093-9.

Ханжи В. Б.,
Одеський національний медичний університет,
Vladkhan.od@ukr.net

ПРОБЛЕМА ТЕОДИЦЕЇ У ВЧЕННІ ПЛАТОНА: НОВИЙ АСПЕКТ ОСМИСЛЕННЯ ПРОБЛЕМИ ДОБРА І ЗЛА

Проблема теодицеї (виправдання Бога) є однією з ключових у європейській релігійно-філософській думці етичної спрямованості. Не є у цьому сенсі винятком і антична думка. Ба більше, будучи сформульованою в античній класиці, а (за однією з версій) ще раніше – у старозавітній Книзі Іова, дана проблема, піддаючись різним інтерпретаціям, тисячоліттями не залишає розуми філософів (на минулорічній конференції мною було представлено матеріали, присвячені цій тематиці у вченні середньовічного філософа Томи Аквінського [4]). З давніх-давен мислителі нарівні з пізнанням глобально-онтологічних питань прагнули поринути у глибини людської душі, розкрити причини і форми її устремління як до позитивної, так і до негативної сторін світобудови.

Цю роботу присвячено осмисленню проблеми теодицеї у вченні Платона – філософа, багато в чому завдяки якому, власне, фундаментальна проблема добра і зла була артикульована в ключі боговиправдання. Загальна етична позиція Платона ґрунтується на утвердженні узгодженості Божої Благості та благості світобудови (як наслідку). У діалозі "Тімей" Платон пише, що Бог-Деміург, будучи за своєю сутністю благим і не відчуваючи ні до чого заздрощів, вирішив надати створюваному Ним світу атрибут подоби до благості – благовидності. У цій меті філософ вбачає "справжній і найголовніший принцип", концептуальний стрижень як процесу світотворення, так і підсумкового результату. Трансформацію безладного хаосу у космос, де всі речі впорядковані та ієрархічно співвіднесені, Бог здійснив у такій послідовності. Виходячи з того, що, по-перше, об'єкт, наділений

розумом, прекрасніший за той, що не володіє таким атрибутом, по-друге, розум не може існувати відокремлено від душі, Деміург розмістив раціональне начало у душі, а душу, у свою чергу, впровадив у тіло, причому як у вузькому, так і у широкому (тіло Всесвіту) значенні останнього слова.

Ключове значення має те, що створення світобудови було здійснено Творцем на підставі ідеї Блага (на цьому зауважує Сократ як герой платонівського діалогу “Держава”), доброго в самому своєму естві. Проте, стверджуючи благий намір Деміурга при творенні космосу, афінський філософ констатує, що світобудова є значною мірою сповненою різними проявами зла. Зло має подвійну природу, на чому слушно наголошує сучасна дослідниця С. Ю. Вавілова: по-перше, це обумовлено перманентною приреченістю нашого світу на необхідність поєднання ідеї та матерії, що призводить до спотворення досконалого; але, водночас, в світі існує унікальна істота – людина, яка здатна цілеспрямовано посилювати і добро, і, нажаль, злу компоненти світобудови [1, с. 55-56]. Тут буде прояснено другу підставу виникнення зла – ту, що впливає з природи і діяльності людини.

Важливо, що Бог-Творець у подачі афінського мислителя мав фундаментальні відмінності в порівнянні з традиційним для греків сонмом богів. Це виражалось як у масштабності охоплення і виконуваний Ним ролі (адже Бог позиціонувався як Творець космосу, а не “керуючий” тією чи іншою сферою), так і в Його атрибутованості Всеблагістю, тоді як античні боги, здебільшого виступаючи як боги, які карають, вселяли швидше страх, ніж благоговіння. У діалозі “Держава” учасники бесіди, постулюючи те, що Бог є Благістю по суті і, отже, жодним чином не може бажати і чинити зло, задаються питанням про причину появи злої інтенції в доброму за задумом творінні.

Переходячи до платонівського способу розв’язання проблеми теодицеї, слід взяти до уваги, що на відміну, наприклад, від християнської абсолютизації не лише Благості, а й Могутності Бога, античний автор допускає тезу про неохоплюваність Всевишньої усієї світової подійності: “Він є причиною лише небагатьох речей, створених Ним для людей, а багато до чого Він не має стосунку... Причиною блага не можна вважати нікого іншого, але для зла треба шукати якихось інших причин, тільки не Бога” [2, с. 143].

Далі Платон аргументує думку, що псування чогось (зростання зла) є процесом іманентним, навіть якщо первинні причини цього були зовнішніми. Проводячи аналогію між тілом і душею, філософ наполягає на тому, що як тіло гине, наприклад, не від зіпсованої їжі безпосередньо, а від тієї власне тілесної недуги, яка викликана зовнішнім впливом, так і душа піддається псуванню саме через власне моральне розкладання [2, с. 408] – від несправедливості, нестриманості, боягузливості, невігластва та інших вад. Платон стверджує існування двох начал душі – безсмертного та смертного. Людська порочність та еманация зла пов’язуються ним із другим видом (“другою душею”), який був “прилаштований” божественними істотами до першого, переданого їм Творцем. Намагаючись відтворити творчу діяльність Деміурга, який створив їх самих, ці істоти в такий спосіб створили смертну природу, зокрема людську. Саме смертне начало душі є осередком всього, що визначає гріховні прагнення і вчинки людини. Платон вважає за необхідне фізично (навіть анатомічно) розділити

безсмертне і смертне начала душі, помістивши перше в голові, а друге (яке само собою є функціонально диференційованим) – від верхньої частини грудної клітки до пупкової западини; шия ж, за задумом, має слугувати перепону, необхідною для неосквернення благосного начала душі його антиподом, який є схильним до падіння [3, с. 456-457].

Зазначу, що окрім такої причини зла, як уроджена схильність до гріховності, визначена самим принципом створення душі та втілення її у людині, Платон (в іншому фрагменті “Держави”) висуває ще одну причину такого, аргументуючи думку про соціальну обумовленість морального псування. Він наводить метафору насіння або зародка, які потрапляють у неналежне для їхнього живлення та зростання середовище. Так само “...і найобдарованіші душі при поганому вихованні стають особливо поганими” [2, с. 271]. Мислитель наполягає на тому, що посередні, слабкі натури не здатні ані на схвалювані, ані на ганебні вчинки. Тільки сильні люди, які через виховання стали (залежно від його характеру) великими у своїй благоді, або, навпаки, вкрай зіпсованими через вирощені в їхніх душах злісні наміри, входять в історію як її герої. Вочевидь, Платон, говорячи про наявність двох начал душі, втілених при творенні людини, підкреслює властиву її природі потенцію бути схиленим у той чи інший бік. Але реалізація тієї чи іншої діяльнійшої можливості визначається через вплив відповідного вектора виховання, що, в результаті, і виливається або у гідний, або у порочний життєвий шлях.

Отже, саме у вченні Платона здійснено концептуальний стрибок від традиційного порівняльного аналізу сутностей добра і зла (на тлі антагоніста) та визначення демаркаційної лінії між ними до пошуку оптимального способу узгодження буття Бога (в сутності Якого, починаючи з епохи середньовіччя, аксіоматизується вже не тільки атрибут Всеблагості, а й атрибут Всемогутності) з наявним у світі злом. З погляду Платона, присутність зла є фундовоаною двома пов'язаними з людськими природою та діяльністю причинами (на протиположності тому, що, будучи обумовленим неповноцінністю, виникаючою через “відбиття” досконаліх ейдосів у матерії, має метафізичну каузальність): по-перше, наявністю (через бінарність, закладену в людську душу при її створенні) смертного начала душі, схильного до продукування зла, по-друге, негативним впливом соціального оточення, здатного не тільки каталізувати природну схильність до зла, а й докорінно переорієнтовувати людину, яка за вродженими задатками тяжіла до добра.

Література:

1. Вавилова, Е. Ю. (2012), “Добродетель как основа синтеза индивидуального и социального в философии античности”, *Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики*, № 11 (25), ч. 2. С. 53-58.
2. Платон (1999), “Государство” [пер. с древнегреч. А. И. Егунова], Платон. *Филеб, Государство, Тимей, Критий* [общ. ред. А. Ф. Лосева, В. Ф. Асмуса, А. А. Тахо-Годи], Мысль, Москва, С. 79-420.
3. Платон (2004), “Тимей” [пер. с древнегреч. С. С. Аверинцева], Платон.

Избранные диалоги [сост. и коммент. В. В. Шкоды], АСТ, Москва, С. 400-480.

4. Ханжи, В. Б. (2023), "Тома Аквінський: проблема теодицеї в контексті роздумів про Боже провидіння та людську свободу волі", *Філософія релігії та медицини в постсекулярну добу : матеріали V Міжнар. наук.-практ. конференції, присвяченої пам'яті свт. Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького)* (Київ, 8–9 червня 2023 р.), НМУ ім. О. О. Богомольця, Київ, С. 87-90.

Гоцалюк А. А., Чорноморденко І. В.,

Київський національний університет будівництва і архітектури,

goz_pravo@ukr.net, hmurii@ukr.net

ПРАКТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МЕДИЧНИХ ЗНАТЬ В ФІЛОСОФСЬКИХ ВИМІРАХ СЬОГОДЕННЯ

Філософські дослідження підтверджують, що будь-яка інтерпретація має своєю передумовою традиційні соціально-філософські уявлення. Ці соціально-філософські практики і визначають картину навколишнього світу. Розвиваючи той обсяг знань про навколишнє середовище, місце людини в ньому, які наразі доступні людству, можна розглянути світ не в плані свого об'єктивного, тобто такого, що існує поза людською уявою, а в плані суб'єктивного відчуття. Практичне значення медичного знання породжує зацікавленість в безперервному спілкуванні з іншими гуманітарними феноменами. Завдяки цьому принципу діалогічності більшість типів соціально-філософських практик обумовлюють факт історичної детермінованості медичних знань, їх залежність від різноманітних засобів охорони здоров'я людини у суспільстві.

З погляду проблематики, характерної для феноменологічного підходу, соціально-альне конструювання реальності пояснюється у руслі проблематики вироблення цілісної системи підходів інтерсуб'єктивної взаємодії до освоєння навколишнього середовища, збереження фізичного і духовного здоров'я людини у ньому.

З аксіологічного погляду, відбуваються певні зрушення ситуаційного порядку, що змінюють орієнтацію інноваційних пропозицій, інтерпретуючи її як зайвий в даному середовищі об'єкт пізнання, який ще не виявив себе як об'єктивно потрібний з точки зору медичної науки.

Повністю перебудовуючи всю структуру поточного знання, новітні тенденції в медичній галузі, однак залишаються сумнівними в плані адекватного корелювання існуючих наукових здобутків і коректної реорганізації системи знань з належною увагою до рутинно необхідних процесів. Існують декілька важливих проблем, заважаючих людині бути щасливою: хвороби, виховання дітей, соціальні відношення. Існує і причина: неуміння управляти своїми власними системами-організмом, психікою. Не можна сказати що люди це зовсім не вміють робити - педагоги виховують, лікарі лікують хворих пацієнтів. Успіхи, безсумнівно є, але задачі ще більші. Так, поки виліковуються тільки нескладні хвороби, виховання є недостатнім, а війни, як і колись, не виключені з життя людей. Лікарі

сперечаються про той факт, що від яких чинників залежать людські хвороби – порушення нервової чи ендокринних систем, віруси чи спадковість. Чому так складаються обставини? Великі можливості навчання та тренування закладені в структурі людської кори головного мозку та реалізуються через взаємодію суспільства, що дозволяє створити в корі “систему паралельних моделей”.

Дуже важливою особливістю людини є свідомість. Людина навчилась відключати реальні подразники і спочатку досліджувати явища на моделях (програма уявлення, яка є частиною свідомості). Дії людини, її вчинки, включаються після програми вибору, здійсненої в уявленні. Рішення “як діяти” виходить з багатозначності людини, враховуючи саму людину та як вчинок вплине на інших людей і через них - на себе. Основна якість людини як складової суспільства – це здатність до відображення своїх коркових моделей мовою і в речах. Суспільство являє собою найскладнішу з систем: багатобарвність молекул і різноманітність клітин в організмі доповнюється різноманіттям людей.

Важливою програмою діяльності яка відрізняє людину від тварини є творчість і праця. Творчість являє собою синтез нових моделей в корі головного мозку на противагу відображенню зовнішнього світу. Треба звернути увагу на різну манеру поведінки людини. Вона пояснюється як спадкоємністю, вихованням та умовами життя. При наявності різних умов направленість розвитку людини може відбуватися різними шляхами.

Головною відмінністю людини від тварини є можливість творчості. Звідси поява міфів і прогресу. Сьогодні актуальним є процес моделювання гіпотез – утворення евристичних моделей, поступово виправлених завдань, характеристик по мірі їх отримання в експериментах і в результаті порівняння поведінки людей з об'єктом

Література:

1. Бурова О. Річ та онтологічний простір думки // Філософська і соціологічна думка. – 1995. – № 4
2. Кутирев Б. О. Людина і світ: три парадигми взаємодії // Філософська і соціологічна думка. – 1991. – № 7.
3. Читанка з історії філософії в 6 книгах. Книга 6. Зарубіжна філософія ХХ століття. К., 1993.

Предко О. І., Предко Д. Є.,
КНУ імені Тараса Шевченка,
olenapredko@knu.ua, denyspredko@knu.ua

НАПРЯМИ РЕЛІГІЙНОЇ БЕЗПЕКИ/НЕБЕЗПЕКИ В УМОВАХ РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ

“Уже” упродовж десяти років ми переживаємо війну, і з них два роки Україна веде визвольну боротьбу проти російського агресора. Час війни – це надзвичайно болісний і жорстокий період повний небезпек, що вирізняється тривогою, депресією, стражданнями. “Російська агресія в Україні змусила світ

пережити новий досвід та нові травми, подібні до тих, що їх людство зазнало в часи Другої світової війни. Страшні наслідки цього російського вторгнення необхідно долати вже зараз і враховувати їх, працюючи над посиленням архітектури безпеки України та світу"[2]. Причому російсько-українська війна, "похитнувши" сьогодишню цивілізацію та змінивши міждержавні та міжособистісні стосунки, переформатувала життєдіяльність українців у всіх сферах життя, зокрема і в релігійній царині. Росія, продовжуючи використовувати релігію як інструмент, спрямований на дискредитацію України на міжнародній арені, поширює інформаційні кампанії про релігію для просування своїх військових цілей, нехтуючи тим, що сама порушує релігійну свободу на територіях, які знаходяться під її окупацією. Враховуючи, що своєрідність релігійної безпеки як багатомірного, складного суспільного явища зумовлює можливість і необхідність різноманітних підходів у його осмисленні, вважаємо доцільним розгляд релігійної безпеки не лише як соціального феномена, а й водночас як ціннісно-світоглядного конструкту, що виступає одним із складників національної безпеки, стає тим чинником, який впливає як на особистісному, інституційному та конфесійному та міжконфесійному рівнях, що розгортається у контексті системи "людина- церква- держава" в умовах російсько-української війни.

Попри певну "перманентну" актуалізацію, яка спостерігається у контексті дослідження різноманітних "зрізів" релігійної безпеки, в сучасному науковому дискурсі майже відсутні спроби теоретично розробити її взаємопов'язані рівні, що уможлиблює її цілісний розгляд. На монографічному рівні вони переважно або звернені до проблем релігійної безпеки з точки зору її зовнішніх та внутрішніх загроз (А. Колодний, Л. Филипівич та ін.), або у контексті функціонування релігійних феноменів у неординарних умовах (пандемія, кризова ситуація) (Д. Предко, О. Предко, С. Руденко, В. Туренко, М. Нестерова та ін.). Поза увагою дослідників залишається вплив релігійної безпеки/небезпеки як на особистість, так і на міжконфесійні та державно-конфесійні стосунки. Таким чином, на даний час існує потреба в концептуальному, цілісному дослідженні рівнів релігійної безпеки, що сприятиме виявленню тих ризиків, небезпек, які наявні в умовах російсько-української війни.

Релігійна безпека як система захисту людини розгортається у певних напрямках, завдяки яким вибудовується система захисту як особливого ієрархічного бар'єру, конструюючи простір безпеки. Перш за все, це особистий рівень, який включає захист прав та свобод кожної окремої особи на вільне віросповідання та вираження своїх релігійних переконань, право вільно виражати свої релігійні переконання та думки, без обмежень або страху перед переслідуванням чи відповідальністю. Особистісний рівень безпеки – це концепція, яка включає в себе різні аспекти, такі як фізичне благополуччя(відчуття безпеки від фізичних загроз, таких як травми, насильство чи хвороби); емоційна стабільність (відчуття психологічної безпеки і впевненості в собі, що включає в себе здатність ефективно впоратися зі стресом, розвивати емоційну інтелігентність та будувати здорові взаємовідносини з іншими); соціальна (відчуття приналежності і підтримки у власному оточенні, що включає стабільність взаємин з друзями, родиною та спільнотою, а також захист від

соціального виключення та дискримінації) і психологічна безпека (включає не лише відчуття безпеки від внутрішніх загроз, таких як втрата ідентичності, невизначеність або втрата контролю, але й в себе розвиток особистої цілісності, впевненості у своїх цілях та життєвому шляху).

Отже, особистісний рівень безпеки полягає в забезпеченні всебічного благополуччя та відчуття захищеності в усіх сферах життя людини. Отже, цей рівень передбачає захист від будь-яких форм насильства, загроз та переслідування, що можуть бути спрямовані на особу через її релігійні переконання, та забезпеченні прав і свобод кожної окремої людини на вільне віросповідання та вираження своїх релігійних переконань у безпечному середовищі. Однак у даному вимірі наявні ризики небезпеки, трансформації інтенцій свободи поведінки особистості в усездозволеність, що нині демонструє російська федерація. “Російська влада закрила, націоналізувала або насильно перевела щонайменше 26 місць богослужіння під контрольовану Кремлем Російську православну церкву Московського патріархату, убила або захопила щонайменше 29 священнослужителів або релігійних лідерів...”[6]. Ці випадки релігійних переслідувань не є випадковими подіями, а складовою спрямованої кампанії на систематичне знищення “небажаних” релігійних організацій в Україні, які не вписуються в контекст магічного мислення Московського патріархату.

Забезпечення свободи совісті може бути частиною загальної системи захисту прав людини та громадянських свобод. Так свобода совісті постає в предметному полі свого вияву здебільшого як світоглядна складова духовної сфери з усіма ідеалами, принципами, переконаннями і т.д. Забезпечення свободи совісті полягає у гарантуванні права кожної людини на вільне вираження своїх переконань, віросповідання та переконань, а також вільної практики своєї релігії без будь-якого втручання або примусу з боку держави, суспільства чи інших осіб. Загалом, сутність забезпечення свободи совісті полягає в створенні умов, які дозволяють кожній людині вільно виражати свої переконання та віддаватися своїй релігії без будь-яких обмежень чи переслідувань. Отже, “свобода совісті – це здатність і можливість особистості вільно самовизначитися і самореалізуватися в духовній сфері свого життя. В даному контексті поняття “свобода совісті” охоплює своїм змістом широку сферу духовного, світоглядного (в т. ч. і релігійного) буття людини, в якій вона вільно самовизначається і самоактуалізується”[1, с.13]. Відсутність свободи може створити недовіру до влади та викликати соціальні напруження, що може призвести до проблем безпеки. Проблема свободи вибору є доволі неоднозначною проблемою, позаяк ставиться питання про межі самого бажання і здатності людини вибирати між мотивами і тим самим спонукати до активізації їх.

Характеристики “міжособистісного” напрямку релігійної безпеки фокусуються на відношеннях віруючої людини з представниками своєї релігійної організації чи інших конфесій, що виникають унаслідок міжособистісних стосунків. Цей рівень релігійної безпеки, по-перше, передбачає толерантне ставлення та повагу до релігійних переконань і практик інших осіб, створення середовища взаєморозуміння, де представники різних релігій можуть спілкуватися, співпрацювати та вирішувати конфлікти мирно, по-друге, включає у себе розвиток навичок конструктивного вирішення конфліктів та уникнення

сприйняття інших як ворогів чи загроз. Війна спричинила загострення релігійної ідентичності, зокрема в контексті православ'я. Конфронтація між Українською православною церквою та Російською православною церквою набула нових рис у контексті неприйняття УПЦ, яку Москва вважає розкольницькою, незважаючи на рішення Вселенського Патріарха Константинополя у 2019 році про надання їй незалежності від Московського Патріархату; розуміння віроповчальних принципів; ставлення до війни. Російська православна церква перетворилася у ідеологічний конструкт, який вороже відноситься до всього, що не вписується в її парадигму світосприйняття; при цьому вона поширює міфологеми, виправдальні нарративи війни.

Інституційний рівень релігійної безпеки передбачає як взаємодію між релігійними організаціями та державою, так і забезпечення існування нормативно-правових документів, які гарантують свободу віросповідання та захищають осіб від дискримінації або переслідування на основі їх релігійних переконань. Також цей рівень не лише забезпечує захист прав та свобод релігійних меншин від будь-якої форми дискримінації або насильства, але й релігійні будівлі, святинища та інших об'єктів культу, щоб запобігти вандалізму чи нападам. Упродовж з 24 лютого 2022 року по 24 вересня 2023 року у більш ніж 500 релігійних споруд України були зафіксовані різні рівні руйнувань унаслідок повномасштабного вторгнення Російської Федерації. З цих споруд понад 100 або були зруйновані повністю, або зазнали серйозних пошкоджень, що перешкоджають подальшому використанню для проведення релігійних служб [2].

У 2019 Бюро ОБСЄ з демократичних ініціатив і прав людини (БДІПЛ) оприлюднило документ – “Свобода релігій або переконань і безпека: керівні принципи” [6], в якому розкриваються безпека/небезпека в релігійній царині, засвідчується взаємозв'язок між свободою релігії та безпекою, розкриваються принципи зміцнення безпеки релігійних або віросповідних громад як необхідна умова розбудови потенціалу громадянського суспільства. В ньому зазначається: “Свобода релігії або переконань сприяє взаємній повазі, довірі, розумінню і рівності між людьми різних релігій і переконань. Таким чином, вона може допомогти зробити суспільства більш стійкими до тих проблем, які загрожують їх безпеці” [6].

Отже, релігійна безпека людини розкривається через процеси особистісного простору, де вона пов'язується із свободою совісті, свободою вибору, що уможлиблює її духовний розвиток. З іншого боку, захисні особистісні бар'єри створюють підґрунтя для механізмів їх реалізації на конфесійному та інституційному рівнях, зокрема як ті норми, цінності, смисли, ідеали, які “прийнятні” для того чи іншого індивіда, реалізуються на інших рівнях суспільства загалом. Таким чином, саме осмислення понятійного ряду “релігійна безпека - релігійна небезпека - свобода совісті - свобода релігій” як певної світоглядно-ціннісної системи, як феномена сприйняття потребує конструювання декількох рівнів, зокрема особистісний (на рівні Я-концепції); міжособистісний (фокусується на системі стосунків “Я -інша конфесія”); інституційний (характеризується взаємодією людини із соціальними інститутами), що сприятиме, по-перше, конкретизації досвіду війни у діяльності релігійних організацій, його переформатуванні на відбудову релігійного життя, задоволенні релігійних потреб на всіх рівнях; по-друге, запровадженню нових форм комунікативних

практик з органами влади, громадськими організаціями; по-третє, осмисленню й виявленню найбільш ефективних механізмів імплементації релігійної безпеки як у практиках міжнародного права, національному законодавстві, освітніх та культурних програмах, так і її впливу на збереження територіальної цілісності та життя людей; по- четверте, врахуванню європейського досвіду свободи релігій та можливості його імплементації в Україні.

Література:

1. “Рятуйте пригнобленого з руки гнобителя” (Єр. 22, 3). Послання Архисерейського Синоду УГКЦ в Україні щодо війни та справедливого миру в контексті нових ідеологій. – URL: <https://ugcc.ua/data/ryatuyte-rygnoblenogo-z-ruky-gnobytelya-er-22-3-poslannya-arhyereyskogo-synodu-ugkts-v-ukrayni-shchodo-viyny-ta-spravedlyvogo-myru-v-konteksti-novyh-ideologiy-4393/>
2. Бабій М. Ю. Свобода совісті та свобода релігії: теоретичний аспект // Софія. Гуманітарно-релігієзнавчий вісник. №2(2).2014. – С.10-14.
3. В Україні понад 500 релігійних споруд знищено або пошкоджено внаслідок російського вторгнення. – URL: https://risu.ua/v-ukrayini-ponad-500-religijnih-sporud-znishcheno-abo-poshodzheno-vnaslidok-rosijskogo-vtorgnennya_n142666
4. Релігійна свобода: на перехресті епох, країн і культур. Науковий щорічник. – Вип. 19. К.: Інтерсервіс, 2016. – С. 106-113.
5. Freedom of Religion or Belief and Security Policy Guidance, 2019. 71 p. – URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/e/2/429389.pdf>
6. Russian offensive campaign Assessment, April 9, 2023. / G. Barros, K. Stepanenko, N. Mikkelsen, T. Bergeron, D. Mealie, W. Kiern, M. Belcher. – URL: <https://www.understandingwar.org/backgrounder/russian-offensive-campaign-assessment-april-9-2023>

Голобова К. О., Земсков С. В.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
k.holobova@nmu.ua, s.zemskov@nmu.ua

АКАДЕМІЧНА ДОБРОЧЕСНІТЬ: СУЧАСНІ ВИКЛИКИ

Академічна доброчесність є ключовим компонентом освітньої системи, що забезпечує високий рівень якості освіти, сприяє формуванню довіри до закладів вищої освіти та підтримує науковий прогрес.

Академічна доброчесність включає дотримання етичних норм, таких як чесність, об'єктивність, відповідальність та прозорість у навчанні та дослідженнях. Основні принципи академічної доброчесності охоплюють уникання плагіату, фабрикації та фальсифікації даних, належне цитування джерел та визнання внесків інших авторів.

З кожним роком в Національному медичному університеті збільшується кількість текстів, які проходять перевірку на академічний плагіат (Таблиця 1).

Можна з впевненістю говорити, що спостерігається позитивна тенденція в якості наукових робіт, що говорить в першу чергу про той факт, що все більше здобувачів освіти навчилися правильному цитуванню та посиланню як на наукові тести, так і посиланню на авторські ідеї. А також це свідчить про більш плідну співпрацю наукових керівників та здобувачів освіти та молодих науковців.

Таблиця 1

Узагальнена інформація про перевірку на академічний плагіат 2020 – 2023 рік



Хотілося б відмітити, що в дисертаційних роботах на здобуття ступеня доктора філософії найрідше за останній рік було виявлено академічний плагіат – 6,5%

Таблиця 2

№	Тип академічного тексту	2023 р.	
		Кількість	Із них з перевищенням допустимої кількості заповичень; %
1	Кандидатські дисертації, дисертації докторів філософії	61	4; 6,5%
2	Докторські дисертації	11	3; 27,2%
3	Статті, студентські наукові роботи	881	126; 14,3%
4	Видавнича діяльність (книги, підручники, монографії, керівництва тощо)	53	9; 16,9%
Всього		1006	142; 14,1%

Проте сучасні виклики, пов'язані з технологічним розвитком та змінами в суспільстві, створюють нові виклики принципам академічної доброчесності. В тому числі залишається до кінця не вирішеним питанням виявлення плагіату в текстах, написаних ШІ (штучним інтелектом).

Розробка та впровадження чітких політик та процедур, спрямованих на підтримку академічної доброчесності, є важливим завданням для закладів вищої освіти та наукових установ. Це включає створення комісій з біоетичної експертизи, а також розробку кодексів доброчесності та забезпечення механізмів для анонімного повідомлення про порушення.

Академічна доброчесність є основою якісної освіти та наукового прогресу. Враховуючи сучасні виклики, ЗВО повинні постійно вдосконалювати свої підходи до підтримки доброчесності, інтегруючи нові технології, враховуючи культурні особливості та забезпечуючи належну освіту і підготовку студентів, молодих науковців та викладачів.

Література:

1. Закон України “Про освіту” від 05.09.2017 р.
2. “Положення про академічну доброчесність в НМУ імені О. О. Богомольця” від 25 червня 2020 р. протокол №12.
3. Академічна доброчесність: проблеми дотримання та пріоритети поширення серед молодих вчених: кол. Моногр./ заг.ред.: Н. Г. Сорокіна, А. Є. Артюхов, І. О. Дегтярьова. – Дніпро, 2017 – 169 с.
4. Основи формування культури академічної доброчесності в бібліотеці: інформаційний огляд. – К., 2016. – 41 с.
5. Назаровець С. Відкритий доступ до наукових цитувань: практичний посібник / С. Назаровець, Т. Борисова. – Київ: ДНТБ України, 2019. – 33 с.

Матюшко Б. К.,

Український державний університет
імені Михайла Драгоманова,
bogdanphil@bigmir.net

МЕТОДИКИ ЛІКУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРАВМ ДЖУДІТ ГЕРМАН ТА БЕССЕЛА ВАН ДЕР КОЛКА: СПРОБА ФІЛОСОФСЬКОГО ПОГЛЯДУ

“Навряд” чи є велика потреба наголошувати на важливості й актуальності такої царини медицини, як лікування психологічних травм. Це стосується як часів суспільних потрясінь, передусім, війн, так і мирного часу. Загальновідомим є також те, що в першому з щойно названих випадків увага широкого загалу до допомоги потерпілим від різноманітних форм психологічного насильства та потрясінь зростає і є повсякчасною, а в другому – зводиться майже нанівець. Але ж саме явище нікуди не зникає, навіть більше: у мирний час, хоч і в незрівнянно менших, порівняно з військовим, масштабом, уражає багатьох людей.

З цього погляду, особливе значення мають нещодавно перекладені українською мовою праці двох американських учених: Джудіт Герман, “Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знуцань у

сім'ї до політичного терору” [1] та Бессела ван дер Колка “Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому” [2].

Як повідомляє Дж. Герман, її книга, перше видання якої вийшло друком 1992, а наступне – 1997 року, “є плодом двох десятиліть досліджень та клінічної роботи з жертвами сексуального насильства і насильства в сім'ї. Вона також відображає щораз більший досвід роботи з багатьма іншими травмованими людьми, особливо ветеранами бойових дій та жертвами політичного терору” [1, с. 11].

Кілька десятків років науково-дослідного та лікарського досвіду здобув і Б. ван дер Колк: “... вівторок після Дня незалежності (США, 4 липня. – Б. М.) 1978 року був моїм першим днем на посаді психіатра в Бостонській клініці для ветеранів” [2, с. 13], тоді як його книга була видана в 2015 році.

Важливо також те, що обидва вчені й медики не лише практично одночасно почали свій шлях, але й належно обізнані зі здобутками одне одного, про що свідчать численні покликання в їхніх текстах.

Безперечно, що найкращий шлях для повного ознайомлення з працями Дж. Герман та Б. ван дер Колка – це їх прочитання, нас же цікавить інша очевидна річ: їхні наукові розвідки, відображаючи клінічну практику, виходять з чітко визначених методологічних, світоглядних, і, в остаточному підсумку, філософських засад. Уважні читачі й читачки почнуть визначати (а багато хто, скажу більше, впізнавати) їх від перших сторінок. Питання про те, висловлені ці засади прямо чи опосередковано, в даному разі не є суттєвим.

Дж. Герман починає з того, що “звичайна реакція на нелюдське знуцання – це бажання викинути його зі свідомості. Часом буває дуже страшно говорити вголос про деякі порушення суспільних норм: це і є суть слова (тут і далі – курсив в оригіналі. – Б. М.) невимовний” [1, с. 9]. Але ж до цього додається протилежне бажання: “Такі знуцання, однак, відмовляються бути похованими. Надзвичайно сильному бажанню заперечувати нелюдські знуцання протистоїть не менш сильне переконання, що заперечити їх не вдасться. Народна уява сповнена примар, які не можуть спочити у своїх могилах, допоки їхні історії не будуть розказані. Шила в мішку не сховаєш. Необхідною умовою для відновлення суспільного порядку та для зцілення конкретних жертв є пам'ять та правдиві розповіді про страшні події” [1, с. 10]. Навіть більше: “Центральним діалектичним протиріччям психологічної травми є конфлікт між бажанням викинути зі свідомості жакливу подію та прагненням розповісти про неї вголос. Люди, які пережили насильство, часто розповідають свої історії дуже емоційно, суперечливо і фрагментарно; це робить їхні розповіді неправдоподібними і призводить до подвійних норм правди і таємниці/одночасної вимоги і говорити правду і тримати все в таємниці/подвійного імперативу правди і таємниці. Видужання починається тоді, коли істину нарешті буде визнано. Але надто часто гору бере таємниця, і тоді історія травматичної події виходить на поверхню не у розповіді, а під личиною симптому” [1, с. 9–10]. Попередниками знаної американської дослідниці та лікарки (а також, принагідно, впливової діячки жіночого руху) виступають, звісно, засновник психоаналізу і автор всесвітньо відомої антиутопії “1984”: “Діалектика травми призводить до складних, інколи надзвичайних змін свідомості, які Джордж Орвелл, один із завзятих правдолюбців нашого (XX. – Б. М.) століття, назвав “дводумством”, а фахівці у сфері психічного здоров'я, шукаючи коректної та точної мови, назвали

“дисоціацією”. Ці зміни виявляються у різноманітних драматичних, часто химерних симптомах істерії, яку Фройд сто років тому трактував як приховане повідомлення про сексуальне насильство в дитинстві” [1, с. 10]. Отже, тут мова може йти про справжнє вкорінення авторки “Психологічної травми” у посткласичну європейську філософію першої половини ХХ століття.

Вихідні точки, якщо можна так висловитися, Б. ван дер Колка виглядають інакше, відповідаючи початкові ХХІ століття: “Звісно, попереду ще довгі роки праці, але вже тепер народження трьох нових галузей науки привело до суттєвого прориву в розумінні наслідків психологічної травми, насильства і недогляду. Це такі три галузі: нейронаука – вчення про мозкові процеси; психопатологія розвитку, яка досліджує вплив негативного досвіду на розвиток мозку та свідомості; а також міжособистісна нейробиологія, яка вивчає вплив нашої поведінки на емоції, біологічні процеси і настрої людей довкола нас” [2, с. 7]. Співвітчизник пані Герман, таким чином, з першого погляду віддає перевагу не філософії, а науці. Але більш уважний погляд на справу показує, що ван дер Колк цілком послідовно тримається лінії позитивізму (ще однієї з посткласичних філософських течій, яка також виникла у Західній Європі), оскільки його дороговказом є медицина як частина біології, і, в остаточному підсумку, британської емпіричної філософської традиції, витоки якої, в особах Роберта Гросетеста й Роджера Бекона, сягають Середніх віків.

Особливого значення це набуває у зв'язку з тим, що вчений цілком солідарний з Дж. Герман у розумінні шкоди від психологічної травми та складності її подолання: “Будь-яка травма жаклива і нестерпна. Більшість жертв згвалтування, учасників бойових дій і дітей, які зазнали сексуальних домагань, так ненавидять згадувати про свій травматичний досвід, що намагається викинути ці думки з голови, удавати, що нічого не сталося, і рухатись далі. Потрібні колосальні сили, щоб жити, як усі інші, змагаючись зі спогадами про це жахіття і соромом від власної безпорадності та вразливості” [2, с. 6].

Дж. Герман підходить до лікування психологічних травм та реабілітації потерпілих передусім з психотерапевтичної точки зору. Точніше, йдеться про певним чином трансформований психоаналіз. Під словами “певним чином” мається на увазі, по-перше, положення раннього Фройда про причини істерії: “Уже в 1896 році Фройд вважав, що знайшов причину. У доповіді про дослідження вісімнадцяти випадків, названій “Етіологія істерії”, він зробив драматичну заяву: “Тож я стверджую, що в основі кожного випадку істерії лежить один або декілька епізодів передчасного сексуального досвіду, випадків, які належать до раннього дитинства, але можуть бути відтворені за допомогою психоаналізу, незважаючи на десятиліття, які минули відтоді...” [1, с. 27]. Як відомо, “через рік Фройд зрікся травматичної теорії істерії. З його листів зрозуміло, що Фройда все більше непокоїли радикальні соціальні наслідки, які могла викликати ця гіпотеза” [1, с. 28]. Адже істерія “була настільки поширена серед жінок, що якщо історії його пацієнок – правда, і якщо правильною є його теорія, він змушений був би зробити висновок про повсюдність “збочених дій щодо дітей”. Причому не лише серед пролетаріату Парижа, де він уперше досліджував істерію, а й у середовищі респектабельних буржуазних родин Відня, де він заснував свою практику. Ця думка була просто неприйнятною. Вона виходила за межі ймовірного” [1, с. 28]. Звідси випливає, по-друге, і в цьому проявилася феміністська позиція пані Герман,

що засновник психоаналізу по суті зрадив себе і потерпілих: “Наштовхнувшись на таку дилему, Фройд перестав слухати своїх пацієнок” [1, с. 28]. Його фатальною помилкою (після відомого випадку Дори) стало те, що “панівна психологічна теорія наступного (XX. – Б. М.) базувалася на запереченні того, що переживання жінок реальні. А соціальна експлуатація, в контексті якої насправді відбуваються сексуальні стосунки, робиться абсолютно невидимою. Психоаналіз став вивчати внутрішню мінливість фантазій та бажань, відмежованих від реального досвіду. У кінці першого десятиліття XX століття, жодного разу не оприлюднивши ніякої клінічної документації про неправдивість скарг, Фройд дійшов висновку: розповіді його істеричних пацієнок про сексуальне насильство – брехня...” [1, с. 29]. Тим не менш, саме Фройд, як і П'єр Жане, “виявили, що істеричну симптоматику можна послабити, якщо витягнути з пам'яті та виразити словесно витіснені травматичні спогоди, а також сильні почуття, які їх супроводжують. Цей метод лікування став основою сучасної психотерапії” [1, с. 26].

З огляду на це, зміст психотерапевтичної методики Дж. Герман у загальних рисах зводиться до наступного: “Травматичні синдроми мають подібні основні характеристики, тому і відновлення також відбувається подібно. Основними його етапами є встановлення безпеки, реконструкція травматичної історії та відновлення зв'язків між постраждалими та оточенням” [1, с. 12].

Б. ван дер Колк підходить до лікування психологічних травм передусім як фізіолог: “Ми всі хочемо забути про травматичні події і повернутися до нормального життя, але ті відділи нашого мозку, що відповідають за виживання і залягають глибоко під його раціональною частиною, не вміють відкидати такі речі. Навіть коли травма залишається в далекому минулому, ці відділи мозку у відповідь на найменший натяк про небезпеку можуть активувати патологічні нейронні шляхи і спричинити потужний викид гормонів стресу. Усе це призводить до появи неприємних емоцій і фізичного дискомфорту, провокує імпульсивні та агресивні вчинки. Ці посттравматичні реакції здаються людині незрозумілими і непереборними. Жертви травми втрачають контроль над собою і починають уважати себе безнадійно зіпсованими і втраченими” [2, с. 6].

На основі еволюційного вчення дослідник стверджує, що таких відділів мозку є два. Перший, який відповідає за фізіологічні процеси, особливо мимовільні – це “найпримітивніша його частина, яка функціонує в новонародженій дитини, – це древній, тваринний мозок, який ще іноді називають рептильним. Він розміщений у стовбурі мозку, трохи вище від того місця, де спинний мозок входить у порожнину черепа” [2, с. 85]. Другий – лімбічна система, розміщена просто над рептильним мозком. “І, – говорить ван дер Колк, – ще називають мозком ссавця, тому що його мають усі тварини, які живуть у групах і доглядають за своїми малюками” [2, с. 86]. Цей відділ мозку є вирішальним для емоційного життя. Так, на відміну від рептильного мозку, “по-справжньому розвиток цієї частини мозку починається вже після нашого народження” [2, с. 86]. Адже “це серце емоцій, детектор небезпеки і суддя, який вирішує, що є приємним і страшним, що є важливішим для процесу виживання, а що можна проігнорувати. Це також центральний командний пост для подолання труднощів і розчарувань, пов'язаних з життям у складній соціальній структурі” [2, с. 86].

Покликаючись на Девіда Сервана-Шрайбера та (в окремих подробицях – на

автора відомої праці “Емоційний інтелект” Деніела Гоулмана), вчений наголошує: “Разом рептильний мозок і лімбічна система формують структуру, яку на сторінках цієї книжки я називатиму емоційним мозком” [2, с. 87].

А оскільки “наш раціональний, когнітивний мозок насправді є наймолодшою частиною мозку і займає лише близько 30 % внутрішньочерепного простору” [2, с. 85] і його головним завданням є “взаємодія із зовнішнім світом: розуміння людей і речей, пошук шляхів для досягнення наших цілей, розподіл часу і планування дій” [2, с. 85], то два відділи мозку, названого емоційним, “відповідають за все інше: безперервно рееструють перебіг фізіологічних процесів та керують ними, оцінюють комфорт, безпеку, загрозу, голод, утому, бажання, тугу, збудження, задоволення і біль” [2, с. 85].

Така явна перевага емоційного мозку над раціональним робить зрозумілим три напрямки лікування психологічних травм, які перелічує ван дер Колк: “1) “згори донизу”, коли ми говоримо, вчимось налагоджувати взаємини з людьми (чи нові, чи зруйновані), дозволяємо собі зрозуміти, що з нами відбувається, опрацювати свої спогади про травму; 2) вживання препаратів, які блокують небажані тривожні реакції, або застосування технологій, які впливають на механізми організації інформації в нашому мозку; 3) “знизу догори”, коли ми дозволяємо своєму тілу переживати відчуття, кардинально протилежні безпорадності, гніву і пригніченню, що виникли внаслідок травми” [2, с. 8]. Зауваживши, що “вибір конкретного шляху в кожній ситуації – це емпіричний процес. Для більшості людей, з якими я працюю, доводиться застосовувати поєднання цих методів” [2, с. 8] і наголосивши, лікування психологічних травм – “це і є справа мого життя” [2, с. 8], вчений згодом конкретизує методи такого лікування. Його і його колег, а також установи, з якими вони співпрацюють, цікавить “... вивчення ефективності найрізноманітніших терапевтичних методів – фармацевтичних препаратів, бесід, йоги, десенсибілізації та опрацювання травми за допомогою рухів очей (ДОПРО)” [2, с. 9].

Джудіт Герман пропонує власну психотерапевтичну методика, яка враховує насамперед екзистенційні та соціальні аспекти перемоги над психологічною травмою, за її словами, “намагалася поєднати клінічний та соціальний погляди на травму, не забуваючи ні про складності індивідуального досвіду, ні про політичний контекст” [1, с. 13]. На окремий розгляд цілком заслуговує здійснений нею справжній вихід на проблему того, що віднедавна відоме як постправа: “Коли подія є стихійним лихом чи “діянням Бога”, то очевидець легко співчуває жертві. Проте коли травматичні події є справою людських рук, їх свідок утягується в конфлікт між жертвою та злочинцем. З погляду моралі в такому конфлікті годі залишатися нейтральним. Спостерігач змушений стати на чийсь бік.

Існує велика спокуса стати на бік зловмисника. Все, що злочинець просить від свідка, – нічого не робити. Він апелює до притаманного всім бажання не бачити зла, не чути зла і не говорити про зло. Жертва ж, навпаки, просить свідка розділити тягар болю. Жертва потребує дії, співучасті та пам’яті” [1, с. 18].

З першого погляду може здатися, що, порівняно зі своїм колегою-співвітчизником, дослідниця є справжньою філософинею поряд з ученим-практиком та емпіриком. Проте, як ми мали змогу неодноразово пересвідчитися

¹ Примітка редакції українського перекладу книги Б. ван дер Колка, див. [2, с. 570]: “англ. EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing”.

навіть у межах цього доволі стислого аналізу, Бессел ван дер Колк цілком усвідомлює філософські засади своєї методики лікування психологічних травм і успішно реалізовує їх у кожному окремому клінічному випадку. Навіть більше. Він прямо говорить наступне: “Сучасний підхід до психічних захворювань ігнорує чотири важливих істини: 1) наша здатність лікувати рани одне одного не менша, ніж здатність завдавати їх; відновлення взаємин з іншими людьми є необхідною умовою відновлення добробуту; 2) мова дарує нам владу змінювати себе та інших, адже завдяки їй ми можемо ділитися досвідом, давати визначення тому, що знаємо, і знаходити спільне відчуття сенсу; 3) ми здатні регулювати власну фізіологію, включно з деякими так званими мимовільними функціями тіла й мозку, за допомогою дихання, рухів, доторків; 4) ми можемо змінювати соціальні умови, щоб створити безпечне і сприятливе середовище для дітей та дорослих.

Коли ми ігноруємо ці невіддільні аспекти своєї природи, то позбавляємо людство можливості відновлюватися після травми і загоювати свої рани. Людині важливо почуватись учасником процесу зцілення, а не просто “пацієнтом”. Бути пацієнтом означає бути окремо від решти суспільства, через це ми навіть втрачаємо відчуття свого “я” [2, с. 62–63].

Двоє відомих у медицині психологічних травм людей за всіх відмінностей у теоретичних (філософсько-світоглядних) та практичних (клінічних) засадах своїх методик лікування цих хвороб виявилися однаковими в головному. Це є черговим підтвердженням того, що від розуміння й усвідомлення філософських засад медицини як лікарська й філософська спільноти, так і все суспільство лише виграють.

Література:

1. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знуцань у сім’ї до політичного терору [Текст]; переклад з англ. О. Лизак, О. Наконечна, О. Шлапак. Львів: Видавництво Старого Лева. 2015. 416 с.
2. Колк ван дер Б. Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому. Пер. з англ. А. Цвіри. Харків: Віват. 2022. 624 с. (Серія “Саморозвиток”).

Mária Kolesárová

Institute of Social Medicine and Medical Ethics, Faculty of Medicine,
Comenius University in Bratislava, Slovakia,
maria.kolesarova@fmed.uniba.sk

CHALLENGES OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN HEALTHCARE AND MEDICAL EDUCATION¹

Artificial intelligence (AI) raises important challenges in many areas of human activity, including biomedical research and healthcare. Extensive analyses of problematic aspects of AI are found in the literature, both from an ethical [1, 2],

¹ (New) Ethical and Social Challenges of Digital Technologies in the Healthcare Domain UIP-2019-04-3212. Grant: Croatian Science Foundation (HRZZ). <https://app.dimensions.ai/details/grant/grant.8854939>; The Digital Healthcare Ethics Laboratory (Digit-HeaL). <http://www.unicath.hr/digit-heal-e>

and a legal [3, 4] as well as social [5, 6], together we call them ELSI problems in AI.

Ethical problems relate to the nature of evidence produced by deep learning programs. They can be ambiguous, unintelligible and even erroneous. One of the biggest concerns in AI is the missing or inaccurate description and explanation of how AI arrives at its results [1]. In the medical field, concerns include misdiagnosis, erosion of trust in the patient-doctor relationship, and depersonalisation of care, as well as questions about the control and surveillance of care, respect for patient autonomy, or doctors' excessive reliance on artificial intelligence tools [1].

The impact of the widespread data sharing between the public and private sectors is also questionable. Specific legal aspects of AI in medicine include the protection of privacy and confidentiality of personal data, the issue of legal liability of actors, risk bearing and allocation of responsibility for potential harm, and the issue of harmonizing the legal regulation of AI between jurisdictions.

Fears of new forms of injustice and unfairness in health care are a major concern. Socio-ethical issues relate to the discrimination that could occur if, based on AI findings, some population groups are considered less healthy, at risk, or accused of being irresponsible. Other problems are related to wasting limited resources, unclear institutional responsibility for the safety and efficacy of AI tools, or the acceptance of AI technologies by the general public [1].

The literature provides a large number of theoretical frameworks that could contribute to addressing the ethical, legal and social challenges of AI in medicine [7, 8]. What these frameworks largely have in common is a focus on social accountability at both individual and institutional levels [9, 10].

Are doctors and medical students prepared to work with AI tools? Do they have sufficient knowledge and skills to use the new technologies correctly? Future physicians should be aware of the opportunities and pitfalls of the use of AI in medicine. There is a wealth of data available in the literature on the knowledge and attitudes of future doctors towards the use of AI in health care [11, 12].

At the Medical Faculty of Comenius University in Bratislava, activities are underway to familiarize future doctors with the ELSI challenges of using AI in healthcare. The activities take place on three levels: 1) compulsory lectures within the Medical Ethics course, 2) training sessions combined with a workshop organized by the Centre for Medical Education, 3) an international research project "(New) Ethical and Social Challenges of Digital Technologies in Healthcare" under the responsibility of researchers from the Institute of Social Medicine and Medical Ethics.

One of the aims of the project is the mapping of medical students' knowledge and attitudes towards new digital technologies such as artificial intelligence. The study compares two Eastern European countries, Slovakia and Croatia, due to the lack of similar research in these latitudes. The medical students of our faculty have been actively involved as direct participants in the research on the challenges of artificial intelligence in the field of medicine. The main goal of the project is to contribute to the debate on a normative framework for responsible artificial intelligence in medicine. Information on the results of such activities should be implemented in medical education. The ethics of artificial intelligence in medicine [13] should be part of the medical ethics curriculum.

References:

1. Morleya J., Machadoda C. C.V., Burra C. et al. The ethics of AI in health care: A mapping review. *Social Science & Medicine*, 2020: 260.
2. Ivanson H., Altenhofen B., Cannesson M. et al. The Ethics of Big Data and Artificial Intelligence in Perioperative Medicine: Is Unregulated AI Already at the Bedside?. *Curr Anesthesiol Rep* 13, 2023: 196–201.
3. Da Silva M., Horsley T., Singh D. et al. Legal concerns in health-related artificial intelligence: a scoping review protocol. *Syst Rev.*, 2022: 11(1):123.
4. Andreevich L. V., Ershova I.V., Feyzrakhmanova D. R. Medical Applications of Artificial Intelligence (Legal Aspects and Future Prospects). *Laws*, 2022: 11: 3.
5. Morley J., Floridi L. How to Design a Governable Digital Health Ecosystem. In Cowls, J. & Morley, J. (Eds), *The 2020 Yearbook of the Digital Ethics Lab. Digital Ethics Lab Yearbook*. Springer, Cham, 2021.
6. Liu T.Y.A., Wu J.H. The Ethical and Societal Considerations for the Rise of Artificial Intelligence and Big Data in Ophthalmology. *Front. Med.*, 2022: 9:845522.
7. McLennan S., Fiske A., Tigard D. et al. Embedded ethics: a proposal for integrating ethics into the development of medical AI. *BMC Med Ethics*, 2022: 23, 6.
8. Palmer A., Schwan D. More Process, Less Principles: The Ethics of Deploying AI and Robotics in Medicine. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2023: 1–14.
9. Christoforaki M., Beyan, O. AI Ethics—A Bird's Eye. *View. Appl. Sci.*, 2022: 12, 4130.
10. Holm S. On the Justified Use of AI Decision Support in Evidence-Based Medicine: Validity, Explainability, and Responsibility. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2023: 1–7.
11. Park S.H., Do K.H., Kim S., Park J.H., Lim Y.S. What should medical students know about artificial intelligence in medicine? *J Educ Eval Health Prof.*, 2019, 16:18.
12. Jha N., Shankar P.R., Al-Betar M.A., Mukhia R., Hada K., Palaian S. Undergraduate Medical Students' and Interns' Knowledge and Perception of Artificial Intelligence in Medicine. *Adv Med Educ Pract.*, 2022,13: 927-937.
13. Katznelson G, Gerke S. The need for health AI ethics in medical school education. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.*, 2021, 26(4):1447-1458.

¹Корсак К. В., ¹Кірик Т. В., ²Корсак Ю. К.,
³Бойчук О. С., ⁴Похресник А. К., ¹Ляліна О. О.,

¹ПВНЗ “Київський медичний університет”,
²Інститут вищої освіти НАПН України, ³КНЕУ імені Вадима Гетьмана,
⁴Київський фаховий коледж електронних приладів,
kvkorsak@gmail.com, t.kiryk@kmu.edu.ua, olte@ukr.net,
olena_boychuk@ukr.net, ktep2006@ukr.net, o.lialina@kmu.edu.ua

УЧАСТЬ НАНО- І НООТЕХНОЛОГІЙ У ПРОГРЕСІ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

1. “Спершу” нагадаємо про світове використання слова “нанотехнології (нм-технології)” для позначення виробничих процесів в просторовій діяльності людства від однієї мільярдної метра (це 1 нм) до ста (100 нм). Всі атоми, відрізняючись масою в сотні разів, у розмірах розташовані в досить вузьких межах 0,1 – 0,25 нм. Нанометрових живих об'єктів є чимало, першими привернули увагу, очевидно, шкідливі для Homo і зумовили удосконалення масових хімічних (як “Доместос”) і біологічних (як пеніцилін) засобів зменшення їх деструктивного впливу. У даний момент науковці розпочали здійснювати швидкі кількахвилинні аналізи “бактеріальних патогенів у крові та інших рідинах з тіла людини”, які у разі експансії по планеті разом з їх носіями можуть викликати епідемію чи пандемію [1]. Подібний нанопрогрес вже зумовив появу лікувальних препаратів, що скеровані на конкретний патоген в аспектах його молекулярних особливостей, започаткований персоналізований підхід до лікувального впливу на кожну унікальну ракову пухлину чи інше новоутворення, що вбереже від пошкоджень усі найважливіші системи й органи конкретного Homo.

2. Наближаючись до основної частини нашого викладу, відповідальний автор хоче повідомити про “пиковий епізод” свого намагання використати обізнаність про одну з двох перших ноотехнологій (nootechnology чи wisetechnology) з науковою назвою “нанофотокаталізація” для захисту всіх співгромадян від гострого спалаху в Україні нещастя з офіційною назвою пандемія під впливом грипу А(Н1N1) – “свинячий грип”. Поминаючи описи тотального переляку під впливом ЗМІ та інших більш об'єктивних чинників й категоричних рекомендацій безперервного використання захисних масок, вкажемо на кількагодинну спробу телефонного звернення до найвищих наукових й адміністративних установ України з пропозицією засобу захисту всіх співгромадян від пандемії. Для цього вистачило б швидкого виготовлення (чи використання решток засобів для ліквідаторів Чорнобильської катастрофи) півсотні мільйонів дешевих, ефективних й практично “вічних масок” на основі використання двоокису титану для молекулярного покриття їх поверхні. Це покриття перетворювало поглинання фотонів у біообеззараження – у розпад вірусів, бактерій та іншого у водяну пару, вуглекислий газ тощо. Щосекунди – 100 млн. разів для кожної молекули двоокису титану, що мало наслідком повне і швидке знищення всього шкідливого.

Самі маски (без покриття) вже існували під назвою “лепесток” й більш

офіційною – захисна маска Петрянова-Соколова, тому пропозиція була реальною зі швидкою реалізацією. У розмові після короткого самопредставлення прохав контакту з людиною, обізнаною в значенні слів “нанофотокаталізація і маска Петрянова”. В Міністерстві надзвичайних ситуацій України одразу ж поставилися цілком серйозно, невдовзі “хтось з керівників” включився в розмову, почув “ключові слова” і мої пропозиції. Одразу ж запитав про те, кому ще я детально повідомляв про маски з напленням двоокису титану. Почувши, що він перший з науковців-експертів, після нетривалих роздумів спокійно порадив: заради власної безпеки і здоров’я найближчих забути про реальність “вічних масок” і не поширювати у ЗМІ цієї інформації.

Тема використання щойно вказаного явища зрідка поновлювалася, але кожного разу за 2-3 тижні цілковито зникала. Загалом воно присутнє в медичних установах чи інших вузькопрофесійних випадках, але не для “всієї планети”. Ось кілька днів тому в світові ЗМІ пішли повідомлення про австрійську диво-фарбу з властивістю біологічного очищення повітря і стін та відсутністю пожовтіння [2].

3. Для минулорічної 5-ої Міжнародної конференції, присвяченої пам’яті св. Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького), ми запропонували засіб зміцнення психологічної стійкості українців в умовах воєнного стану (рис. 1 з [3]), а сьогодні утримаємося від наведення його поліпшеного варіанту, що враховує новітні наукові відкриття останніх місяців. Світові досягнення надали нам змогу вказати всім на активізацію на планеті трьох глобальних ноореволюцій (№1, №2, №3), що розпочали “змінювати все” і рятувати людство від загибелі з назвою “Колапс-XXI”, який впевнено передбачають “практично всі”. Але вони дружню помиляються через ігнорування рятівних ноотехнологій і ноонаук, вказаних в статті [3].

Безперечно, світова увага прикута до ноореволюції **№3**, яку називають “Революцією Штучного Інтелекту (ШІ)”. Хоч вона прийшла з ХХ ст. (в Україні її започаткували геній-хірург М. Амосов і його колеги з Інституту кібернетики), але тільки сьогодні стала розвиватися стрімко через появу досконалих комп’ютерів і отримання практично необмежених фінансових і кадрових ресурсів. Та все ж корисно нагадати про недооцінений успіх багатої фірми IBM, що витратила колосальні ресурси на програму Watson для продовження циклу перемог “машини” над людьми не тільки в логічних іграх, як шахи, а й у “феноменально інтелектуальних”, як цілковито американська гра “Ризику” (дуже детальний опис всіх цікавих подій містить книга американського футуролога М. Форда [4]). В процесі перевірки можливостей програми машині наказали вказати способи опріснення морської води. Навіть у такому простому тесті Watson перевищив очікуваний результат, бо після переліку й порівняння фізичних, хімічних й інших подібних “індустріальних” методів він вказав ще й “орнітологічний”, порадивши вивчити і використати ефективний принцип роботи “опріснювальної системи” тих морських птахів, які п’ють морську воду. Програма Watson не зникла з ужитку й зараз, допомагаючи тим працівникам всіляких консультаційних та інших фірм, де потрібне практично миттєве сканування мільйонів сторінок документів та інших джерел.

Оцінювати наявні програми ШІ з генерування текстів чи виконання інших

завдань як “вершину досягнень” ми не радимо, адже вся історія технологічного поступу свідчить про S-закон “життя” кожного винаходу, зміну стадій “дитячої” недосконалості, швидкого вдосконалення, поступового досягнення межі можливостей (чи “дорослого стану”). Ми бачимо ШІ на стадії швидкого вдосконалення з досягненням “межі” у середині XXI ст. Боятися прогресу не треба – краще вміло використовувати його допомогу в індивідуальній і колективній діяльності.

4. Надзвичайно потрібною і впливовою є **меганоореволуція №1**, що з 2000 р. розпочала рятувати людство від загибелі через заміну екологічно деструктивних процесів “ідеально-лікувальними”, оскільки вони надають людям потрібне й одночасно позбавляють планету від накопичених і навіть майбутніх індустріальних пошкоджень. Для цих чудо-явищ ми пропонуємо назву **“ноотехнології = мудротехнології (nootechnology = wisetechnology)”**, а загалом радимо використовувати у стратегічних планах розвитку наук та вищої освіти десятки наявних ноотехнологій і ноотермінів з авторського “Nooglossary” (це енциклопедія слів “з майбутнього”). У документі [5], скомпанованому в Міністерстві освіти і науки України на основі рецензування в Київському, Львівському і Харківському університетах наших пропозицій і оприлюднених в рецензованих виданнях матеріалів, було категорично відкинуто всі докази існування і великих перспектив екологічно ідеальних процесів на основі того, що “всім відомо про їх неможливість”. Загалом же нам порадили припинити вивчати ноотехнології і ноонауки, бо “вони не мають жодного відношення до реальності”.

Ми вважаємо своїм фаховим і громадянським обов'язком поширювати знання, що потрібні всім українцям. Саме тому продовжимо надання нооінформації-XXI і додамо до вже вказаної вище ноотехнології з 2000-го року (нанопотокаталізації) ще кілька, обираючи “найвпливовіші”.

1) Для всієї сфери охорони здоров'я першорядне і світове значення має запропонований нами засіб поступової ліквідації фталатного й іншого молекулярного забруднення тропосфери, що має найпомітнішим наслідком світову епідемію ожиріння й менш виразні й розрізненні ендокринні порушення, які доцільно об'єднати терміном “ендокринна пандемія” ([6; 7] та ін.). Ми вказуємо на те, що науковці з ФРН генетичною модифікацією отримали ціанобактерії, які продукують біопластики з високою (до 86% об'єму клітин) ефективністю ([8] та ін.). Заміна ними сучасних м'яких пластиків припинить виділення фталатів і поступово очистить тропосферу. Цим вказана небезпека для здоров'я буде ліквідована назавжди.

2) Серед відомих нам ноотехнологій дуже перспективним є використання бактеріальної ноотехнології **“протеїн Fy”**. Гейзерний мікрогрибок Fy (штам *Fusarium yellowstonensis flavolapis*) за “3-4 доби в побутових умовах без біореакторів перетворює “органічні відходи” чи первинну органічну продукцію біосфери (листя, кору, траву і т.д.) в ідеальний білковий мікрофарш (назва — Abunda). Винайдений у США при пошуках забезпечення їжею учасників дуже тривалих перельотів у Сонячній системі, але там обмежений ринком веганських продуктів. А от у Західній Європі спорудили завод з перетворення зернового пилу в якісну їжу і проголосили намір поширювати бактеріальні ноотехнології на всю

планету” [9]. Молоді українські підприємці також розпочали прилучатися до цих “трендів”. Переконані, що вони відмовляться від відновлення знищених ферм й архаїчних заводів й розвиватимуть ноонауки, ноотехнології й ноовиробництво. А загалом вже знайдено досить багато бактеріальних продуцентів їжі й інших необхідних речовин. В сукупності вони назавжди ліквідують і індустріальне тваринництво, і майже все сучасне сільське господарство, звільнивши місце для комфортного розташування мільярдів людей на відновлених природних теренах.

3) “У США наноексперименти мають серед наслідків вирощування унікальних вірусів. Після досягнення певної критичної межі ці віруси спонтанно упорядковуються паралельно один до одного, формуючи плівку, цілком придатну і до ролі органічних дисплеїв, і до виконання функцій електродів в пристроях акумуляторного типу” [10]. Для ПК і навіть смартфонів вони не надалися, але мають перспективи у менших і “оборонних” пристроях.

4) “Четвертою за часом появи ноотехнологією стало використання бактерій для перетворення піску в застосовний у будівництві камінь-пісковик. В Ізраїлі для воєнних цілей намагалися отримати на пляжах аеродромні смуги. Останнім часом цей вектор досліджень мав наслідком бактеріальну ліквідацію тріщин і нерівностей у стінах сучасних і античних споруд, у деталях мостів і навіть у фундаментах, що перебувають у воді чи сирих ґрунтах. У поширених в Інтернеті статтях на цю ноотему приємно вражають фото “оновлених і вирівняних” поверхонь, на яких практично неможливо неозброєним оком відрізнити відремонтовану ділянку від цілковито непошкодженої” ([11] та ін.).

4) “Важливою частиною майбутніх виробництв запропонованого нами 7-го технологічного нооукладу буде “біометалургія” у сенсі отримання металів з рідких і твердих природних субстанцій через залучення бактерій. Тут багато чого досягли “секретні науковці” при вирішенні проблеми видобутку урану, але ми обізнані в цьому питанні недостатньо. Радіємо, що певні бактерії продукують дуже потрібні для медичних цілей нанометрові кульки срібла у разі їх життя у рідинах з домішкою цього металу, а інші заповнюють свій об’єм часточками міді у захисних біооболонках. Прикро, що всі подібні явища називають “ферментацією (скисанням) (!)”, а не біоноотехнологіями” [12]

5) “У 2010-х роках у потоці пропозицій нових наноматеріалів отримало широку пресу слово “**наноцелюлоза**” — цілковито органічна з більшою від дуба густиною й феноменальною міцністю, що недосяжна навіть для титану. Скрупульозні дослідники бактерій виявили, що вони також якимось дивом формують наноцелюлозу, що отримала назву “бактеріальна наноцелюлоза”. На планеті йде змагання “за дешеву наноцелюлозу” з суперперспективами”.

У розвиток теми “доместикація бактерій” вкажемо на виключно погану обізнаність Ното про світ найпростіших, 70% складу якого складають літосферні мікроорганізми, які “роzkошують” у повній безпеці до тих глибин, де температура значно переважає 100 0С. Вони виживають за рахунок процесів, які сучасна наука неспроможна уявити (одна удосконалена адаптаційним тиском паличкова бактерія організувала свою індивідуальну “міні-біосферу” в кілометрових глибинах ПАР й підтримує її існування мільйони років). Не випадково наш геній з українським “корінням” В.І. Вернадський так ґрунтовно

вивчив роль найпростіших в еволюції Землі, що навів докази їх колосального впливу на всі важливі процеси і формування такого вигляду планети, який ми знаємо і використовуємо ([13] та ін.).

5. Миттево пояснити особливості меганоореволюції №2 виключно складно через її “молодість” (початком вважають 2010 рік, коли дешифрували гени неандертальців) і складність вдалого поєднання результатів ізотопних й інших вимірів віку артефактів разом з секвенуванням (дешифруванням) ДНК їх біологічної складової з морем вже накопиченої історичної, археологічної та іншої інформації, яку всі отримали в системі освіти та поза нею зі старих і новітніх джерел. Вона зумовлена тим, що новітні археологічні відкриття свідчать про майже повну помилковість “старої Prehistory”, початком якої вважають алювіальні цивілізації Нілу, Межиріччя, Інду й Гангу віком 6-7 тис. років, і необхідність заміни її удвічі старшою, започаткованою пращурами українців та кількох інших народів (іудеїв, курдів, вірмен) на пенепленах (це горбкуваті терени дуже еродованих гір) Східного Середземномор'я. Незаперечним свідченням цього є розкопки з 1996 р. створеного пращурами горба Гебеклі-Тепе (старовірменська назва – Портасар) у Східній Туреччині, де виявили мало не 20 феноменально досконалих кільцевих мегалітичних арен (КМА) віком 13,5 тис. років і молодших (але всі старші від більш примітивних єгипетських пірамід) ([14] та ін.). Наш аналіз найновіших подібних джерел зумовлює гіпотезу винайдення КМА нашим пращуром, назовемо якого “У”. Особисті втрати й погіршення природних умов спонукали його до боротьби з загрозою посилення канібалізму шляхом винаходу КМА. Це складні пригоризонтні обсерваторії, яких вже розкопано десятки на “пращурівських” землях далеко від Палестини. На цій основі У і його послідовники створили досконалий для тих часів світогляд пратрипільського гуманістичного зразка, який у Трипіллі, куди пізніше дійшли наші пращури, набув досконалої форми українського архетипу і народної системи цінностей і засад поведінки. У Палестині КМА немає, що могло мати наслідком формування тих взірців (культ грошей та ін.), які врешті опанували Західною Європою і спричинили поділ континенту по меридіану Берліна на дві частини з практично полярними архетипами — західноєвропейським (чи атлантичним) і східноєвропейським пратрипільським (чи слов'янським).

Стисло вкажемо, що меганоореволюція №2 вже надала докази здійснення носіями українських генів 4-х рятівних для всього людства подвигів: 1) перехід Ното до гуманізму (Анатолія, 14-10 тис. р. тому), 2) індоєвропейське одуховлення світу (Трипілля і Велике Трипілля, 7-4 тис. р. тому); 3) винайдення першої універсальної монотеїстичної релігії — зороастризму (Вел.Трип., Синташта, Заратуштра, 3700 р. тому); 4) план ноосупільства (1922-1925, Париж, В.І. Вернадський). Можливо, що наша повна перемога пізніше буде визнана “п'ятим українським мегаподвигом”. Примхом Долі є допомога “атлантистів”, які понад 3000 років атакували Центр і Схід Європи. Розвиток подій на планеті свідчить про те, що активізація сил Зла не принесе їм перемоги, адже захисники Добра і мільйони науковців PhD-рівня винаходять засоби ліквідації загроз для людства, результати вивчення яких ми описали у цій статті і продовжимо в майбутньому.

Література:

1. Safir, R. Vu N. Tadesse L. et al. (2023), "Combining Acoustic Bioprinting with AI-Assisted Raman Spectroscopy for High-Throughput Identification of Bacteria in Blood" – URL: <https://pubs.acs.org/doi/10.1021/acs.nanolett.2c03015>
2. Borysikhina, K. (2024), "Researchers from the Vienna University of Technology presented an innovative wall paint capable of self-cleaning rooms from pollutants" – URL: <https://techno.nv.ua/ukr/innovations/avstriyski-himiki-vinayshli-farbu-dlya-stin-yaka-ochishchaye-povitrya-v-primishchenni-50404491.html>
3. Korsak, K. V., Kiryk T. V., Korsak, Y. K., Boychuk, O. S., Boychuk, N. O., Pokhresnyk A.K. (2023), "About the psychological protection of Ukrainians in the conditions of war and the prospects of eliminating the global obesity epidemic", *Filosofiya relihiyi ta medytsyny v post-sekulyarnu dobu – Philosophy of Religion and Medicine in the Post-Secular Age: Proceedings of the V International Scientific and Practical Conference dedicated to the memory of St. Luke (V. F. Voyno-Yasenetsky)*. (Juin 8-9, 2023), (pp. 98-103). Kyiv, NMU O.O. Bogomolets. [in Ukrainian]
4. Martin Ford (2015), *Rise of the Robots. Technology and the Threat of a Jobless Future*, New York
5. Kurbatov, D. I. (2023), Ministry of Education and Science. No. 1/5967-23 dated 04/27/2023.
6. Korsak, K. & Korsak, Y. (2023), "The proposal of the authors' nootools for the elimination of the obesity epidemic and other global dangers" / Publisher.agency: Proceed. of the 1st Intern. Scientific Conference "Interdisciplinary Science Studies" (January 19-20, 2023). Dublin, Ireland. P. 93-99 (DOI 10.5281/zenodo.7559050) – URL: <https://ojs.publisher.agency/index.php/ISS/issue/view/14/39> (in Ukrainian)
7. Korsak K.V., Kiryk T.V., Redko-Shpak L.V., Boychuk O.S., Korsak Y.K., Lyashenko L.M., Pokhresnyk A.K. (2023), "About the prospects of using Ukrainian nooinnovations in eliminating the danger of the obesity epidemic and other similar ones throughout the planet" / *Interdisciplinary disputes: dynamics and development of modern scientific research: materials of the 3rd International Scientific Conference*, Khmelnytskyi, January 27, 2023. / International Center for Scientific Research – Vinnytsia: European Scientific Platform, 2023. – P. 259-265 (DOI: <https://doi.org/10.36074/mcnd-27.01.2023>) – URL: <https://archive.mcnd.org.ua/index.php/conference-proceeding/issue/view/385/394> (in Ukrainian)
8. Koch, M. et al. (2020). Koch, M., Bruckmoser, J., Scholl, J. et al. "Maximizing PHB content in *Synechocystis* sp. PCC 6803: a new metabolic engineering strategy based on the regulator PirC". *Microb Cell Fact* 19, 231 (2020). – URL: <https://doi.org/10.1186/s12934-020-01491-1>
9. "EU-funded project paves path toward new era of protein sustainability" (2023) – URL: <https://www.proteinreport.org/newswire/eu-funded-project-paves-path-toward-new-era-protein-sustainability>

10. Ross F. (2006), "Viral nanoelectronics", In *the world of science*, 2006, No. 12, pp. 62-65
11. Parfenov, V. (2021), "Healing of architectural wounds: mortar with bacteria has confirmed its effectiveness in the reconstruction of old buildings" – URL: <https://naked-science.ru/article/biology/zazhivlenie-arhitekturnyh-ran-stroitelnyj-rastvor-s-bakteriyami-podtverdil-svoyu-effektivnost-pri-rekonstruktsii-staryh-sooruzhenij>
12. Abaev, M. (2021), "Copper-producing bacterium from Brazilian mines" – URL: <https://nkj.ru/news/41315/>
13. Vernadsky V. I. "Scientific thought as a planetary phenomenon. 1936-1938" – URL: <http://vernadsky.lib.ru/e-texts/archive/thought.html>
14. Klaus Schmidt (2010), "Göbekli Tepe – the Stone Age Sanctuaries. New results of ongoing excavations with a special focus on sculptures and high reliefs" / *Documenta Praehistorica XXXVII* (2010). Pp. 239-256 (DOI: 10.4312/dep.37.21 (UDK 903.6(560.8)"633/634":636.01)

Величко О. Б.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
velichko.olena@ukr.net

ПРОФЕСІОГРАМА ЛІКАРЯ, ЇЇ ЗМІСТ І ВПЛИВ НА ФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТОК ПРОФЕСІЙНОЇ МЕДИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Актуальність звернення до зазначеної теми переважно більшістю вітчизняних науковців визначається двома обставинами: 1) суспільним запитом щодо підвищення ефективності професійної орієнтації працівника в умовах структурної перебудови економіки або ж виходу країни з кризового стану на тому етапі, коли виникає потреба у творчих і висококваліфікованих працівниках [4] та 2) індивідуальним вибором професії представниками молодого покоління, а за тим і подальшими змінами на їх професійному шляху, які мотивують до необхідності отримати повноту інформації щодо професії, яка їх зацікавить [2].

Професіограма – це комплексний аналіз або ж опис (характеристика) особливостей певної професії, який включає науково обґрунтовані, об'єктивні вимоги та норми до особистих якостей та професійної діяльності фахівця, дотримання яких забезпечує ефективність виконання працівником своїх професійних обов'язків. Опис (тобто складання професіограм) як і класифікацію діючих професій забезпечує професіографія. Принципи професіографії вперше було сформульовано і запропоновано уродженцем м. Харків Платоновим К. К. (1906-1984), який по закінченню Харківського медичного інституту деякий час працював в Українському психоневрологічному науково-дослідному інституті (Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України, м. Харків) і за тим розпочав роботу над розробкою методів підвищення продуктивності праці та професійної орієнтації працівників¹. Врешті-решт було обґрунтовано, що вагомий

¹ До базових принципів професіографії відносять: комплексність, цілеспрямованість, надійність (емоційна стійкість), диференціацію та типізацію, особистісний підхід, перспективність та реальність.

вплив на підвищення ефективності професійної орієнтації має забезпечення потенційного працівника повнотою інформації щодо його майбутньої професії, яка включає кілька параметрів: знання змісту, умов професійної діяльності та об'єктивний аналіз вимог щодо індивідуально-психологічних особливостей фахівця конкретної професії, а у даному випадку - лікаря. На поточному етапі розвитку українського суспільства гострота проблеми виявляється у тому, що за оцінкою одного із дослідників цього питання: "В умовах дефіциту такої інформації фахівцям з профорієнтації, профконсультантам, практичним психологам доводиться працювати "наосліп", спираючись на випадкові знання про вимоги різних професій до особистості фахівця і, відповідно, інтуїтивно підбирати людині, яка звернулася за допомогою, професію" [4, с. 4]. До того ж, як зазначає надалі Синявський В.В., на відміну від професіографічної інформації, складеної науковцями, "суб'єктивні уявлення про професії не завжди адекватно відображають внутрішню, приховану від зовнішнього спостереження психологічну структуру діяльності і можуть ввести працівника в оману" [4, с. 4]. Вище згадані прогалини з цієї теми і спонукають долучитися до роботи щодо їх заповнення.

Отже, що саме має визначати професіограма лікаря і на якій основі вона може бути зведена? За основу має слугувати Наказ Міністерства освіти і науки України №1197 від 08.11.2021 року "Про затвердження стандарту вищої освіти зі спеціальності 222 Медицина для другого (магістерського) рівня вищої освіти" [3], який і визначає специфіку професії згідно базових його положень на поточному етапі. До того ж маємо зазначити, що наразі пропонується до розгляду лише ескізний варіант професіограми лікаря.

1. Галузь, об'єкт вивчення, сфера професійної діяльності, що визначає характер та опис трудового процесу.

Отже, згідно наказу Міністерства освіти і науки України №1197 від 08.11.2021 року "Про затвердження стандарту вищої освіти зі спеціальності 222 Медицина для другого (магістерського) рівня вищої освіти" професійна галузь лікаря: охорона здоров'я, медицина. Об'єктом вивчення та/або діяльності медицини є: "профілактика, діагностика та лікування захворювань людини, вплив проблем зі здоров'ям на пацієнтів, їхні родини та популяцію, підтримання здоров'я" [3, с. 7]. Грунтуючись на вищезазначеному до домінуючих видів діяльності лікаря відносять: своєчасне надання планової, екстреної медичної допомоги; виявлення причин захворювання; діагностика та лікування хворих стаціонарно (у лікарні) або амбулаторно (у поліклініці); здійснення профілактичних та реабілітаційних заходів; розробка та впровадження нових методів діагностики та лікування, нових препаратів та лікарських засобів; проведення санітарно-інформаційної роботи серед населення та сприяння у формуванні здорового способу життя.

2. Умови праці та вагомість професії в суспільстві.

Як відомо, значний обсяг робочого часу лікар знаходиться в приміщенні лікувального закладу, але за необхідності також може перебувати і поза ним. Лікар збирає інформацію, аналізує її (збирає анамнез хворого) і приймає рішення в умовах підвищеної моральної відповідальності за життя та здоров'я свого пацієнта. Лікар – це соціально відповідальна професія в суспільстві, яка

потребує глибоких професійних знань, широти кругозору, глибини обізнаності в історично сформованих системно-ціннісних світоглядних орієнтирах суспільства, що сприяють формуванню високих моральних цінностей і почуття відповідальності за результати своєї трудової діяльності.

3. Санітарно-гігієнічні умови та безпека праці.

Залежно від специфіки виконуваної роботи лікар працює в чистих, добре освітлених і вентиляваних кабінетах. У лікарнях лікар може працювати за графіком і не лише в робочі, але й вихідні дні. Високий рівень особистої відповідальності та постійна робота з людьми (пацієнтами та їх родичами) є факторами ризику, які можуть призвести до нервового перевантаження, відомого ще як синдром емоційного (професійного) вигорання (СЕВ). Обмежень за віком та статтю професія лікаря немає.

4. Перелік необхідного обсягу знань і навичок, які здатні забезпечити успішність професійної діяльності фахівця та його професіоналізм.

Згідно вище зазначеного наказу Міністерства освіти і науки України №1197 від 08.11.2021 року "Про затвердження стандарту вищої освіти зі спеціальності 222 Медицина для другого (магістерського) рівня вищої освіти" теоретичний зміст предметної області фахівця має включати: "концепції, принципи і теорії профілактики, діагностики та лікування захворювань людини на індивідуальному, родинному та популяційному рівнях" [3, с. 7]. Перелік методів, методик та технологій включає: "анамнестичні, клінічні, лабораторні, інструментальні методи провадження діагностичного процесу, визначення провідних симптомів та синдромів, визначення попереднього та клінічного діагнозу; технології діагностики, лікування та профілактики, управління та організації роботи в галузі охорони здоров'я" [3, с. 7]. До необхідних інструментів та обладнання відносять: "сучасні діагностичні, лікувальні та інші пристрої, предмети та прилади, що застосовуються у професійній діяльності" [3, с. 7].

5. Вимоги професії до особистості працівника або ж якості, що забезпечують успішність виконання професійної діяльності лікаря.

У цьому пункті традиційно виділяють дві опції: 1) здібності та 2) особистісні якості, інтереси та схильності (див.: VI Нормативний зміст підготовки здобувачів вищої освіти, сформульований у термінах результатів навчання [3, с. 11-13]).

До переліку здібностей, які надають можливість забезпечити успішність і якісність виконання професійної діяльності лікаря відносять:

- *високий рівень розвитку довільної уваги*, що надає можливість лікарю виявляти навіть незначні прояви симптомів захворювання;

- *здатність аналізувати отриманий фактологічний матеріал*, що надає можливість фахівцю встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання, приймати обґрунтовані рішення [3, с. 9], застосовувати знання у практичних ситуаціях, постійно поповнювати свої професійні знання і оволодівати сучасними знаннями [3, с. 8];

- *добре розвинена словесно-логічна довготривала пам'ять* у лікаря надає можливість своєчасного діагностування невідкладних станів, визначити тактику та надання екстреної медичної допомоги та вчасно порекомендувати пацієнту необхідний лікарський засіб для конкретного захворювання;

- *швидкість реакції та спритність під час проведення необхідних*

маніпуляцій та лікувальних процедур також сприяє наданню вчасної та якісної допомоги лікарем пацієнту;

- *здатність переносити значні фізичні навантаження* надає можливість лікарю проводити необхідні лікувально-евакуаційні заходи та виконувати необхідні медичні маніпуляції [3, с. 9];

- *психоемоційна стабільність* забезпечує здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані, здатність працювати в команді та здатність до міжособистісної взаємодії [3, с. 9];

- *наявність вербальних здібностей* у лікаря надає можливість фахівцю сформулювати уміння грамотно і в доступній формі для пацієнта викладати свої думки щодо хвороби, її перебігу, шляхів лікування, тощо.

До переліку бажаних особистісних якостей, схильностей та інтересів відносять:

- *готовність у будь-який час надати нужденним медичну допомогу, безкорисливість та терпличість* складають підвалини щодо здатності фахівця "розв'язувати медичні проблеми у нових або незнайомих середовищах за наявності неповної або обмеженої інформації з урахуванням аспектів соціальної та етичної відповідальності [3, с. 9];

- *відповідальність, уважність, стриманість, тактовність, привітність та доброзичливість* під час спілкування визначають готовність та здатність фахівця щодо дотримання лікарем етичних принципів при роботі з пацієнтами та колегами [3, с. 9];

- *відповідальність, порядність та акуратність* визначають здатність фахівця щодо дотримання професійної та академічної доброчесності, готовність нести відповідальність за достовірність отриманих наукових результатів [3, с. 9];

- *оптимістичність* – важлива складова професійного іміджу лікаря, здатного "в очах пацієнта" надати необхідну фахову допомогу [3, с. 9].

6. *До якостей, які перешкоджають ефективній професійній діяльності лікаря* відносять: безвідповідальність; егоїстичність; жорстокість; емоційну нестримність; неухажність та нетерпимість.

7. *Сфери застосування професійних знань.*

До переліку сфер застосування професійних знань, отриманих у вищих медичних закладах зі спеціальності 222 Медицина для другого (магістерського) рівня вищої освіти відносять:

- науково-дослідні інститути;

- медичні заклади (лікарні, поліклініки, пологові будинки, диспансери, травматологічні пункти, жіночі консультації, медсанчастини, санаторії, оздоровчі табори, реабілітаційні центри);

- освітні заклади (дитячі садки та дошкільні установи, школи, коледжі, технікуми, інститути та університети);

- соціальні організації (дитячі будинки, притулки, будинки для людей похилого віку та інвалідів);

- підприємства;

- правоохоронні органи (суди, розподільники, колонії);

- військові організації.

Наостанок, завершуючи цей короткий огляд специфіку професіограми

лікаря, варто відзначити її вплив на формування та розвиток професійної медичної культури як такої. Як відомо, будь-яка професійна культура, а від того і професійна медична культура, “ґрунтується на ієрархічній системі ustalених цінностей (принципів, норм, стандартів, стереотипів, ідеалів), які ... визначають її фундамент, а звідси, і формують світогляд представника (носія) конкретної (у тому рахунку і професійної, медичної) культури” [1, с. 59]. Саме на цій підставі стверджуємо, що професійна медична культура “...гуртує плеяду фахівців медичного профілю усіх рівнів на основі: спільної моделі поведінки; вміння оперувати професійними знаннями, навичками та мати набутий досвід (тобто володіння відповідним рівнем компетентностей, необхідних для ефективної діяльності у галузі); володіння професійною мовою (відповідний категоріально-понятійний апарат); професійного морального кодексу, заснованого на клятві Гіппократа; професійної символіки (червоний хрест на білому тлі як один із найвідоміших з-поміж інших) та й, навіть, дня медичного працівника у календарі” [1, с. 59]. Від того попередня обізнаність, що ґрунтується на комплексному описі специфіки професії, який включає не лише науково обґрунтовані, об’єктивні вимоги, але й норми до особистих якостей та професійної діяльності фахівця, дотримання яких забезпечує ефективність виконання лікарем своїх професійних обов’язків, не лише спрямовує та спонукає майбутнього фахівця як суб’єкта професійної медичної спільноти до самостійного і свідомого професійного самовизначення, але також є і підґрунтям спадкоємності в професії, що забезпечує здатність до гуртування плеяди фахівців саме медичного профілю.

Література:

1. Величко О. Б., Парфьонова О. І. До питання про специфіку професійної медичної культури та її функції в професійній медичній спільноті. Філософія релігії та медицини в постсекулярну добу: Матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої пам’яті свт. Луки (В.Ф. Войно-Ясенецького), м. Київ, 08 – 09 червня 2023. Київ: Видавництво НМУ ім. О. О. Богомольця, 2023. С.58-61.
2. Гуцан Л. А. Як скласти професіограму // Шкільний світ. 2015. №3 (707), лютий 2015. С. 20-22.
3. Наказ Міністерства освіти і науки України №1197 від 08.11.2021 року. Про затвердження стандарту вищої освіти зі спеціальності 222 Медицина для другого (магістерського) рівня вищої освіти. – URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2021/11/09/222-Medytsyna.mahistr.09.11.pdf> (дата звернення: 25.04.2023).
4. Синявський В. В. Професіограми і психограми професій педагогічного спрямування: метод. посібник. Кіровоград: Імекс-ЛТД, 2014. 84 с.

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

Васильєва І. В., Кучеренко І. І.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
ivafilos1403@gmail.com, innanmu2018@gmail.com

ФЕНОМЕН ДУХОВНОСТІ В ЧАСИ ВОЄННОГО ЛИХОЛІТТЯ

“Осмилюючи” феномен сучасної війни, варто провести певні паралелі між Першою та Другою світовими війнами та війною, яка сьогодні розв’язана росією в Україні. Численні людські жертви, величезні матеріальні, культурні та екологічні збитки та втрати, зруйновані міста і села, житлові будинки і храми, понівечені доли, біль, страждання, туга... Е. М. Ремарк у Передмові до книги “На Західному фронті без змін” відзначив: “Це лише спроба розповісти про покоління, яке занастала війна, про тих, хто став її жертвою, навіть якщо врятувався від снарядів” [1].

До “невидимих ран” війни, отриманих українцями дослідники здебільше відносять “душевні рани, які потребують зцілення” [2, с. 6]. Достатньо ґрунтовно досліджується питання психічного і ментального здоров’я [3; 2; 4], впровадження методик надання медико-психологічної допомоги в сфері охорони здоров’я [5]. Водночас питання духовності та духовного здоров’я нехтуються або розглядаються в контексті психічного, ментального або соціального, тим самим ігнорується специфіка власне власне духовних процесів, їх відносна самостійність і значення у житті людини та суспільства.

Питання духовності займають чільне місце у релігії, теологічному та філософському дискурсах. У Святому Письмі простежується ідея нетотожності психічного (душевного) і духовного, оскільки “не всі душевні є духовними”. Християнська антропологія надає перевагу триадичній моделі людини (Іоанн Златоуст, П. Пустинник, І. Брянчанінов, А. Сурожський та ін.), в якій виокремлюються три неподільні взаємопов’язані начала – дух, душа і тіло. Саме цей підхід всебічного розвиває свт. Лука (В. Ф. Войно-Ясенецький) у філософсько-теологічних працях “Дух, душа і тіло” (1947 р.), “Наука та релігія” (1954 р.). “Слідуючи догматам Християнства, архієпископ Лука акцентує увагу на онтологічному аспекті цієї проблеми, субстанційному значенні духу... Духовна енергія розглядається свт. Лукою як всемогуття любов Божественна, вплив якої призводить до створення матеріальних і духовних світів, включаючи розум людський і весь світ духовних, психічних явищ” [6]. Владика досліджує проблему духовності й у морально-етичних і, в певній мірі, екзистенціальних аспектах, порушуючи питання пробудження “трансцендентальної свідомості”, свободи морального вибору людини, боротьби зі злом “яке кориниться у серці, свідомості людській”, заповіді Христа про любов до ворогів, зовнішньої (смертної) і внутрішньої (духовної, “нової”) людини, яка постійно оновлюється

тощо. На думку свт. Луки, життя є безмежною боротьбою світла з темрявою у душі людини. Ця боротьба завжди відбувається не тільки в людині, а й в історії людства.

Цим та іншим аспектам феномену духовності присвячені праці представників класичного екзистенціалізму, передусім екзистенціального напрямку (С. К'єркегор, К. Ясперс, Г. Марсель, М. Унамуно та ін.), екзистенціально-гуманістичної психології (Л. Бінсвангер, К. Роджерс, А. Маслоу, В. Франкл та ін.), сучасних українських філософів (А. Алексєнко, С. Кримський, В. Кебуладзе, Н. Хамітов та ін.). Аналіз та узагальнення зазначених підходів дає можливість конкретизувати зміст поняття духовності. Духовність постає як сутнісна, визначальна риса людини. За Франклом “духовність, свобода та відповідальність – це три екзистенціали людського існування ... духовне не просто притаманне людині поряд з тілесним і психічним, які властиві й тваринам. Духовне – це те, що відрізняє людину, що притаманне їй та лише їй ... людина починає поводити себе як людина, коли вона в змозі подолати рівень психофізично-організмичної даності, ... постійно виходити за межі самої себе”. “Людина – це більше, ніж психіка, людина – це дух” [7, с. 63].

Духовність як інтегральна особистісна якість людини охоплює не тільки смислові, ціннісні, моральні трансцендентні виміри її буття, а й духовні, ціннісні переживання і почуття (віра, надія, любов), відповідні вчинки, дії, спосіб життя, характеризує відношення людини до Абсолюту (Бога, вищої ідеї тощо), до себе, до інших людей, навколишнього буття, суспільства (держави), людства, Всесвіту. С. Кримський зазначає: “Духовність – це повнота буття людини, яка зорієнтована й націлена духом” [8, с. 55].

Важливе значення для осмислення духовної ситуації в сучасній Україні має звернення до одного із провідних концептів екзистенціалізму – поняття “межових” (критичних “абсурдних”) ситуацій (загрози життю, смерть рідних і близьких, важкі хвороби, каліцтво тощо), які руйнують стале життя людини і перетворюють його у стан абсолютної невірноваженості. Досвід межових ситуацій ніби доводить людині недосконалість її особистого буття (цілей, цінностей в житті), шляхом концентрації внутрішньої напруги (страх, туга, жах, відчай) людина виривається із полону бездумного існування і відкриває можливості виходу на рівень “автентичного існування”, духовного буття. Особливе значення в переживанні людиною межових станів надається смерті. Смерть виявляється пробним каменем, з допомогою якого можна визначити, що в житті екзистенціальне, а що ні. “Те, що перед смертю залишається істотним, те – екзистенціальне, те, що втрачає свою цінність, виявляється даремним, є голим буттям” [9, с. 223]. К. Ясперс і Г. Марсель екзистенційне значення смерті пов'язують не з усвідомленням людиною власної смертності, а зі смертю близького, “істинним фактом трагізму людської участі”. Незважаючи на фізичну смерть близької людини, ми зберігаємо з нею екзистенціальний зв'язок шляхом продовження внутрішнього діалогу, оголення цілої гами болючих, часто суперечливих духовних почуттів (любов, сум, туга, провина, вірність, вдячність тощо).

Як показує досвід Першої та Другої світових війн, сучасної війни в Україні, духовне життя країни під час війни має суттєві відмінності від

мирного часу. Достатньо проблемним представляється застосування деяких традиційних принципів духовності в умовах воєнного часу, наприклад, любові до ворога, ненасильницького супротиву злу. Видатний український філософ С.Кримський, осмислюючи духовні засади ХХІ століття у відносно мирні часи української історії відзначав, що в сучасному суспільстві перестає діяти, в соціальному сенсі, “закон виключеного третього”, тобто принцип “або – або”. “В нормальних умовах існування суспільства Бог не грає з людьми в шахи, тобто в чорне і біле” [8, с.57]. В якій мірі цей підхід спрацьовує сьогодні, під час війни?

Сучасна росія уособлює абсолютне зло, попираючи у розв’язаній нею війні всі норми загальнолюдської моралі і людяності. Сьогодні на часі необхідність пошуків не “третьої правди”, а активного силового, фізичного і внутрішнього супротиву українців цьому злу. Закон “третьої правди”, передусім, як принцип розуміння ймовірно набуде актуальності під час завершальної фази війни, як шлях домовленостей, переговорів. Соціологи сьогодні відзначають активізацію опції дуального сприйняття українцями подій і процесів зумовленою зовнішньою агресією: свої-чужі, біле-чорне, добро-зло, правда-кривда тощо. Тобто природно зменшується діапазон можливих реакцій, наявними обставинами жорсткіше вимагається набуття “правильного” ставлення, обмежуються свобода вибору особистісної позиції [10, с. 23]. Зсув свідомості до спрощеного, двозначного способу мислення й оцінок дійсності, відповідних поведінкових установок є свідченням проблем деформації духовного світу деяких людей під впливом жорстких реалій сучасної війни.

Проблема духовності у філософському, релігійному дискурсах традиційно пов’язується з трансцендентними вимірами людського буття, сходженням душі до Абсолютного, вищого. Проте в умовах сучасної війни викристалізуються не тільки вертикальні, а й горизонтальні лінії духовності людини, пов’язані з її феноменологічною свідомістю, зростанням значущості реального земного існування. Постійно перебуваючи у межових ситуаціях, стані невизначеності, українці почали більше цінувати й орієнтуватись на сьогоднішнє, а не на майбутнє. Як свідчать результати соціологічних досліджень, поряд з актуалізацією такої мети, як “Завершення війни перемогою України”, яка має безумовне ціннісне значення і є, по суті, вищою цінністю, котра об’єднує всіх українців у часи воєнного лихоліття, безумовного ціннісного значення також набули: “Безпека рідних і близьких”, “Щастя і благополуччя в сімейному житті”, максимального ціннісного значення – “Добррозичливість, взаємопідтримка і взаємодопомога між людьми”, “Слідування власним моральним нормам і принципам” [11], важливе значення українці надають спілкуванню з рідними, друзями.

Література:

1. Ремарк Е. М. На Західному фронті без змін Х.: Книжковий клуб “Клуб Сімейного Дозвілля”, 2023. – 240 с.

2. Охорона ментального здоров'я та медикопсихологічна реабілітація військовослужбовців в умовах гібридної війни: теорія і практика: монографія [за загальною редакцією В. І. Цимбалюка]. – К.: ВСВ “Медицина”, 2021. – 256 с.
3. Корольчук О. Л. Охорона психічного здоров'я в умовах ведення АТО // Інвестиції: практика та досвід, № 18/2016. – С. 96 – 102.
4. Підтримка ментального здоров'я в часи війни. – URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovya-v-chasy-viynu>
5. Чабан О. С., Хаустова О. О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? // Український медичний часопис, 4 (150) – VIII/VIII 2022. – С. 1 – 11.
6. Васильєва І.В. Філософія релігії та медицини свт. Луки (В.Ф.Войно-Ясенецький) // Вісник Національного авіаційного університету. Філософія. Культурологія. Збірник наукових праць. – № 1 (27), 2018. – С. 5-9.
7. Frankl V. E. *Psychotherapy and existentialism*. – N.Y.: Simon and Shuster, 1967. – 242 p.
8. Кримський С. Ранкові роздуми. – К.: Майстерня Білецьких, 2009. – 120 с.
9. Jaspers K. *Philosophie*. Bd. II. *Existenzerhellung*. – Berlin: J. Springer, 1973. – 440 s.
10. Українське суспільство в умовах війни. 2022: Колективна монографія / С.Дембіцький, О.Злобіна, Н.Костенко та ін.; за ред. ред. членкор. НАН України Є.Головахи, д.соц.н. С.Макеєва. – Київ: Інститут соціології НАН України, 2022. – 410 с.
11. Iryna V. Vasylieva, Serhii L. Shevchenko, Kateryna O. Hololobova, Anna V. Laputko, Serhii V. Kirienko. *Spiritual health under the wartime: existential aspects*. *Wiadomości Lekarskie Medical Advances*, Volume LXXVII, Issue 4, April 2024. P. 710 – 715.

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

Anna Falisová¹, Silvia Capíková²,

¹Institute of History, Slovak Academy of Sciences,
²Comenius University in Bratislava, Faculty of Medicine,
Institute of Social Medicine and Medical Ethics;
Bratislava, Slovak Republic,
anna.falisova@savba.sk,
silvia.capikova@fmed.uniba.sk

INCLUSION OF CATHOLIC CLERGY IN SLOVAKIA AND CARPATHIAN
RUTHENIA IN THE SAMARITAN SERVICE AFTER THE
ESTABLISHMENT OF THE CZECHOSLOVAK REPUBLIC*

*This work was supported by the VEGA grant agency, project No. 2/0122/21 "Chief Trends in the Development of Health Care in Slovakia from the Establishment of the Czechoslovak Republic until 1968".

The biblical story of the Good Samaritan has motivated entire generations to compassion and to act altruistically towards strangers in need, without the right to a reward. According to some contemporary authors, the ethics of the Good Samaritan represents an alternative to utilitarianism and formal ethics and the essence of humanism, which is motivated by love for people (agape) and the desire to actively act to help [1, 2]. Before the establishment of a professional emergency medical service, the issue of lay first aid for accidents and sudden illnesses was very topical. Medical help was often delayed. At the end of the 19th century, the Samaritan movement gradually began to form among workers and doctors in Europe. His goal was to train as many lay people as possible to provide first aid [3]. The task of the Samaritans was to provide first aid, stop the bleeding, fix the fracture, put a clean bandage on the wound, and ensure that the wounded person was taken to the doctor. They not only provided first aid, but also did their best to save people's lives and their property [4]. The availability of basic treatment and qualified first aid reflected the low number of doctors and medical facilities, undeveloped transport infrastructure and, last but not least, insufficient health literacy of the population.

In 1918, after the demise of the Austro-Hungarian Monarchy, Slovakia and Carpathian Ruthenia became part of the Czechoslovak Republic („CSR“), which began to build its statehood as a multi-ethnic, secular state based on the principles of parliamentary democracy, equality and equity. One of the goals of the new state was to improve the social status of the population and improve the availability of health care. After World War I, it was also necessary to address the issue of providing emergency medical aid and the lack of qualified personnel. In this period, the foundations of the Samaritan organization were laid. She was the forerunner of the professional rescue service.

The central authorities of the state or organizations with nationwide scope were based in the capital of the Czechoslovak Republic, Prague, and usually established a branch or division for Slovakia. In 1919, the Czechoslovak Red Cross („CsRC“) was founded and at the same time, a headquarters for Samaritanism was created at the CsRK. The Central Samaritan Council in Prague was the highest body of Samaritanism in Czechoslovakia. It was made up of representatives of CsRK, the fire department, the Ministry of Health, Social Care, Medical Status and other health and social associations. Its president was Dr. Alica Masaryková, daughter of the first president of CSR, Tomáš G. Masaryk. The representative from Slovakia was appointed MUDr. Alois Cirps, director of the CsRK Division and lieutenant colonel of the military medical service [5]. In the years 1918-1928, Czechoslovakia was administratively divided into 5 large self-governing units, referred to as «land» („krajina“ alebo „zem“) [6]. Land Samaritan Councils were established for each, composed of delegates of identical constituents as the central Samaritan Council. The State Samaritan Council was established for Slovakia in 1925 in Bratislava, and the head of the branch of the MPHPE for Slovakia, Dr. Ján Kraicz, became its chairman [7].

The effort of the Central Samaritan Council was to build a unified nationwide Samaritan organization, its executive branch was to be made up of volunteer fire brigades [8]. Only members of fire brigades could be Samaritans, the principle of the CsRK was to establish Samaritan guards in all villages, that is, even where fire brigades did not yet exist. The Samaritans therefore had to commit to becoming members as soon as the fire brigades were formed in the village [9]. The organization of the Samaritan service progressed slowly, but their goal was to build a Samaritan service with the help of district authorities, doctors, firefighters, teachers, «all intelligentsia and people» so that there would be Samaritan guards in all villages of Slovakia [10].

The basic unit in the entire Samaritan system was the Samaritan guard. It was active in a certain village and consisted of at least three men and two women, choosing a chief from among themselves. Anyone who wanted to become a Samaritan had to register as a member of the local volunteer fire brigade and a member of the nearest CsRK association. All Samaritans had to take a course. Subsequently, they had to undergo practical and theoretical training on a quarterly basis, and the Samaritans' equipment (bags, bandages, etc.), which was provided by CsRK, was revised. The education of the Samaritans was overseen by a county inspector - an officially authorized physician [11].

The Samaritan service in Slovakia and Carpathian Ruthenia could not be developed to the extent required by the needs of its inhabitants. MPHPE planned to intensify the activities and to involve the clergy in order to cooperate in the field of voluntary health care and to familiarize them with the organization of the Samaritan service [12]. The CsRK, upon request by the MPHPE in 1928, presented the program of these courses for the clergy in Slovakia and Carpathian Ruthenia and their budget, which was then approved by the Ministry in August 1929. The Slovak Catholic Charity (SCCH) also commented positively on the involvement of clergy in the courses and promised help in organizing courses and negotiating dates. According to the regulations of the MPHPE, when organizing the courses, the needs

of individual dioceses were to be taken into account and to proceed in agreement with the SCCH after an agreement with the relevant episcopal ordinariates. [12, 13]

Individual dioceses in Slovakia and Carpathian Ruthenia were very supportive for the involvement of clergy in Samaritan service and preparatory courses. For example, the Office of the Greek-Catholic Bishop of Mukacheve suggested holding courses in Uzhgorod, Mukacheve and Khust. At the same time, he called on priests to devote themselves to Samaritan work and support the efforts of the CsCK [14]. However, few priests have applied in some dioceses. It was necessary to explain to the clergy the meaning and benefit of their participation in the Samaritan service [15]. The bishop's office in Košice confirmed its willingness to help the CsCK in charitable, social and health work, but did not consider it necessary to organize courses because the priests were too busy [16]. Samaritan courses for Catholic clergy began in November 1929 in Carpathian Ruthenia, where 102 clergy graduated. The last courses were held in March 1930. The expenses for their organization in the amount of 33 384,60 CZK were paid by MVZTV. A total of 454 Catholic clergy and theologians completed the courses [4].

References:

1. DE RAADT J.D.R. Samaritan Ethics, Systems Science and Society. Syst Pract Act Res, 19, 2006, pp.489–500. <https://doi.org/10.1007/s11213-006-9038-0>
2. JAMES S. M. Good Samaritans, Good Humanitarians. Journal of Applied Philosophy, 24, No. 3 (2007), pp.238–54.
3. SCHOTT H. Kronika medicíny. Bratislava : Fortuna Print, 1994, s. 545.
4. FALISOVÁ A. Formovanie samaritánskej služby na Slovensku v rokoch 1918 – 1938, in: HANULA M. et al. (eds.): Dlhá cesta od monarchie k republike : zmeny režimov, myslenia a životného štýlu na Slovensku a v strednej Európe od polovice 19. do polovice 20. storočia. Jubileum Dušana Kováča. Bratislava: Historický ústav SAV: Veda, Vydavateľstvo SAV, 2021, s. 329-346.
5. MINTÁLOVÁ Z., TELGÁRSKY B. *Červený kríž na Slovensku v rokoch 1919 – 1938*. Martin : Vydavateľstvo Matice slovenskej, 2005, s. 102.
6. MOSNÝ, P. *České a slovenské dejiny štátu a práva po roku 1918*, UPJŠ 1999, p.83
7. Slovak National Archive (SNA), fund (f.) Expozitúra Ministerstva verejného zdravotníctva a telesnej výchovy (EMVZTV), box No. 76. Prvé zasadanie Zemskej samaritánskej rady pre Slovensko. Bratislava 16. 2. 1925.
8. Samaritánska služba Čsl. červeného kríža. Praha : CsRK, 1924. p. 4 – 17.
9. SNA, f. EMVZTV, box No. 76. CsRK – Divízia pre Slovensko. Bratislava 4. 12. 1924.
10. National Archive of the Czech Republic (NACR), fund Ministry of Public Health and Physical Education (f. MPHPE), box No. 446.
11. Národní archiv ČR, fond (f.) Ministerstvo veřejného zdravotnictva a telesnej výchovy (MVZTV), kartaon 446.

12. FALISOVÁ A. Zdravotníctvo na Slovensku v medzivojnovom období. Bratislava : VEDA, 1999, s. 177.
13. NACR, f. MPHPE, box No. 446. Organizace samaritství.
14. NACR, f. MPHPE, box No. 446. Úrad grécko-katolíckeho biskupa mukačevského v Užhorode, získanie duchovenstva na šírenie sociálno-charitatívnej a zdravotnej práce a podporovanie činnosti CsRK
15. NACR, f. MPHPE, box No. 446. Apoštolská administratúra v Trnave, generálny vikár. Trnava 21. 10. 1928.
16. NACR, f. MPHPE, box No. 446. Charitatívna činnosť kléru v samaritánskej službe, biskup – apošt. admin. Jozef Čársky, Košice 5. 3. 1928.

Eva Morovicsová¹, Anna Falisová², Silvia Capíková³,

¹Comenius University in Bratislava, Faculty of Medicine, Department of Psychiatry,

²Institute of History, Slovak Academy of Sciences,

³Comenius University in Bratislava, Faculty of Medicine,

Institute of Social Medicine and Medical Ethics;

Bratislava, Slovak Republic,

eva.morovicsova@fmed.uniba.sk, anna.falisova@savba.sk

silvia.capikova@fmed.uniba.sk

INTERPLAY OF RELIGIOUS SISTERS AND CIVIL NURSES: EVOLUTION OF HEALTHCARE EDUCATION AND PRACTICE IN SLOVAKIA*

***This work was supported by the VEGA grant agency, project No. 2/0122/21 "Chief Trends in the Development of Health Care in Slovakia from the Establishment of the Czechoslovak Republic until 1968".**

The relationship between religion and health care had a profound impact in the history of Slovakia, especially in the cooperation between religious and civil nurses in the interwar period and practically until the takeover of power by the communists in February 1948. The paper examines the interconnected dynamics of religious belief and the provision of health care, drawing knowledge from archival sources along with secondary historical sources.

The development of healthcare in Slovakia has historically been intertwined with the activities of Christian orders, which contributed to the establishment and operation of hospitals, where religious sisters provided compassionate care to the sick and suffering ones.

After the creation of Czechoslovakia in 1918, Slovakia lacked formal educational institutions for nursing. In 1922, the newly established Ministry of Public Health and Physical Education in Prague (hereinafter „MPHPE“) carried out a review of available health care in all parts of Czechoslovakia. The discrepancy in the employment of nursing staff in Czechoslovakia was notable. In the Czech countries, hospitals employed much more educated civilian nursing staff than in Slovakia, where the unfavorable situation persisted [1]. The professionalization of nursing and the institutionalization of nursing education was limited. There were

three nursing schools for civilian nurses in the Czech lands [2]. In Slovakia, the majority of lay nursing staff completed short-term courses in hospitals under the guidance of physicians [3].

Due to the escalating shortage of nurses, 3 nursing schools were established in Slovakia in the years 1925-1933, providing 2-year internal school studies (and summer short-term courses for the general public), of which 2 were established, fully financed and managed by the catholic church [4].

The following operated in Slovakia in the interwar period:

1. The Nursing School of the Congregation of the Mercy Sisters of the Holy Cross was established as the first nursing school in Bratislava and the first of its kind in Slovakia. It was opened on November 2, 1931 and was attached to the State Hospital in Bratislava [5].

2. Nursing school of the Congregation of the Mercy Sisters of St. Vincent in Košice, affiliated to the State Hospital in Košice, started its operation on February 1, 1933 [6].

3. Regional civil two-year nursing school founded in 1933 at the M.R. Štefánik Institute in Martin [7].

4. For the training of civil medical personnel, a two-year social and health school was also established in Martin in 1925, also within the M.R. Štefánik Institute. It was the first public school of its kind in Slovakia [8]. Schools in Martin trained civilian medical personnel.

Nursing schools provided comprehensive education, combining theoretical knowledge with practical experience in hospitals, childcare facilities, etc. A basic requirement of the MPHPE was collaboration between medical schools and hospitals, which enabled hands-on training at the patients bedside. Religious nurses have played a significant role in healthcare in the past and have considered patient care to be a vital aspect of their profession, which is deeply rooted in Christian values. They have proven themselves excellently in practice [9].

However, the country changed dramatically in 1948 when the Communist Party of Czechoslovakia came to power, which led to the systematic suppression of church institutions and the persecution of priests, religious and religious sisters who worked in medical facilities [10].

References:

1. National Archive of the Czech Republic, fund Ministry of Public Health and Physical Education, box No. 60.
2. MOROVICSOVÁ E. Ošetrovateľské školy v prvej Československej republike. In: Revue ošetrovateľstva a laboratórných metódík, Vol. 11, 2005, No. 1, p. 13.
3. FALISOVÁ A., MOROVICSOVÁ E. Pôrodné asistentky a ošetrovatelky na Slovensku v rokoch 1918 - 1938. Bratislava: VEDA, 2015.pp.171-180.
4. KLEINSCHNITZ E. Dnešní stav odborného ošetrovateľského školství. In: Československá nemocnice, Vol. 5, 1935, No. 6, pp. 137-138.
5. DERMEKOVÁ M. Výchova ošetrovateľského dorastu. In: Československá

- nemocnice, Vol. 9, 1934, pp. 234-235.
6. FARKAŠOVÁ D. Ošetrovatelstvo – teória. Martin : Osveta, 2001. p. 23.
 7. Pamätnica 50 rokov zdravotníckeho školstva v Martine 1926-1976. Martin : Stredná zdravotnícka škola, 1976.
 8. Decree of the Ministry of Education and National Edification of Jun 22, 1925, No. 68.623-III-25.
 9. Státní nemocnice v Košicích, stravování posluchaček ošetrovatelské školy 19. 9. 1933. National Archive of the Czech Republic, fund Ministry of Public Health and Physical Education, box No. 631.
 10. MIKLOŠKO, František. Nebudete ich môcť rozvrátiť : z osudov katolíckej cirkvi na Slovensku v rokoch 1943 – 89. 1. vyd. Bratislava : Archa, 1991. 283 s.

Ішук Н. В.,
НМУ імені О.О. Богомольця,
ishchuknb@gmail.com

ФІЛОСОФСЬКІ І РЕЛІГІЙНІ ДЖЕРЕЛА КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ

У професійному середовищі твердження про психологію як про науку, яка має коротку історію, але довге минуле, сприймається як аксіома. Більшість психологів не зосереджується на передісторії свого предмета, а практикує його методи. Кардинально інакше міркують автори цих методів – фундатори психологічних шкіл. Для обґрунтування і систематизації своїх ідей вони залучають філософські й (або) релігійні вчення. Наприклад, картезіанство є основою інтроспекціонізму, феноменологія – гештальт-психології, прагматизм – діяльнісного підходу, екзистенціалізм і трансперсональна антропологія – екзистенціальної і гуманістичної психології тощо.

Така ситуація справедлива й для когнітивно-поведінкової терапії (КПТ). Когнітивна і поведінкова (біхевіоральна) школи терапії виникли майже одночасно в середині ХХ століття й на етапі свого формування мали різну мету. Передумовою когнітивістики стала поява комп'ютера, наукові розвідки А. Тюрінга й А. Ньюела, бурхливі дискусії щодо можливості комп'ютерного моделювання свідомості людини. Натомість біхевіоризм постав комплементарно до природничих наук, спираючись на теорії Ч. Дарвіна, а також представників філософії науки П. Бріджмена, Е. Маха, А. Пуанкаре та інших.

Як видно із назви, КПТ синтезує когнітивну, пов'язану із філософією свідомості, і поведінкову, пов'язану із логічним біхевіоризмом, напрями психотерапії. Очевидною є спорідненість першої – із філософською традицією раціоналізму, а другої – емпіризму.

Свого часу когнітивісти в дусі картезіанства наполягали на пріоритеті роботи зі свідомістю в лікуванні ментальних хвороб. Засновник КПТ Аарон Бек тривалий час практикував класичний психоаналіз, зокрема метод вільних

асоціацій. Неочікуваним результатом застосування цього методу стало виявлення негативних автоматичних думок, їхніх фізичних й емоційних відповідників, що йшло врозріз із фрейдизмом. Бек помітив здатність свідомості до інтроспекції цих думок. Це відкриття й стало основою КПТ. Серед основних принципів цієї терапії такі: 1) коли люди перебувають у стані тривоги чи депресії, вони міркують у нелогічній і негативній манері, тим самим завдаючи шкоди собі; 2) доклавши певних зусиль, люди можуть позбутися згубних патернів мислення; 3) коли хворобливі симптоми зникають, люди стають щасливими і енергійними; 4) цих терапевтичних наслідків зазвичай досягають протягом стислого періоду за допомогою нескладних методів [7, р.124].

На противагу когнівістам біхевіористи надавали перевагу дослідженню тілесного (поведінкового) досвіду. Обстоюючи принципи логічного біхевіоризму, закладені К. Г. Гемпелем, вони піддали сумніву наявність ментального, називаючи його “надуманими поясненнями.” А фундатор біхевіоризму Дж. Б. Уотсон не вбачав різниці між реакціями й почуттями людей і тварин, тим самим критикуючи творчу природу людини. Він стверджував, що психологія – це об’єктивна гілка природничої науки, метою якої є передбачення поведінки і контроль цієї поведінки. Загалом біхевіористи перебували під значним впливом емпіризму. Чи не найвпливовіший представник цієї течії Б.Ф. Скінер визнавав, що на нього неабияк вплинули ідеї Френсіса Бекона, змусивши його “читати природу, а не книги” [7, р. 30].

З часом цим двом альтернативним підходам до психіки людини вдалося подолати внутрішній редукаціонізм, урівноваживши позиції один одного. Наразі КПТ ґрунтується на ідеї, що переконання, почуття й поведінка взаємопов’язані та можуть впливати на ментальне здоров’я і якість життя. Складні життєві ситуації спричиняють травматичні думки і, як наслідок, спровоковану тригерами деструктивну поведінку. Якщо ж пацієнт тривалий час стикається з травматичним подразником з минулого, але це не призводить до негативних наслідків, поступово він так гостро на нього не реагуватиме [4, с. 339]. Звідси – пропонується КПТ послідовність роботи лікаря із пацієнтом: вивчення та ідентифікація негативних думок, розвиток стратегій поведінки, перевірка результатів терапії, після чого терапевт та пацієнт визначають наступні кроки із закріплення успішного результату [6, р. 593]. На сьогодні з позицій доказової медицини КПТ досить ефективна в лікуванні фобій, панічних атак, ПТСР (зокрема серед ветеранів війни) тощо, але малоефективна в лікуванні людей, які зазнали травми в дитячому віці [4, с. 339]. Це доводить її системність, але не універсальність.

Споріднена КПТ й зі стоїчною філософією. Можливість її психотерапевтичного застосування помітили фундатори КПТ А. Бек і А. Елліс, а також сучасні філософи – інтерпретатори стоїцизму: Максимо Пильюччі, Раян Голідей, Стівен Генсільман, Вільям Б. Ірвін та інші. Як відомо, виникнення стоїчної філософії пов’язано з руйнацією полісного життя в добу еллінізму, її актуальне відродження – зі специфікою сучасної доби, у якій незмінними є тільки зміни. Не випадково теоретична актуалізація стоїцизму триває на тлі популяризації його практик у повсякденному житті та зростанням спільнот

його прихильників по всьому світу¹. Крім зазначеного, важливим чинником популярності стоїцизму є його вчення про бога (Логоса). Хоча стоїцизм вважають одним із джерел християнської релігії, це більшою мірою стосується стоїчної етики. Щодо Логосу стоїків, то він не є Особою в трьох іпостасях, а імперсональною керуючою причиною світу, всемогутньою силою, що резонує зі світоглядом певної кількості наших сучасників.

В усі часи стоїцизм орієнтував людину на незворушність, яка робить стерпним життя. Його називають філософією ставлення до життєвих подій, коли “ми маємо контроль над нашими ставленням до того, що стається, хоча часто не контролюємо те, що стається” [1, с. 32]. З цього випливає найважливіша чеснота стоїків – уміння розрізнати те, що ми можемо змінити, і те, що нам не підвладне. Ця чеснота має бути пріоритетною протягом усього життя. Щодо минулого, то людина не може змінити ні об’єктивні обставини, ні власний вибір, який призвів до перипетій. Утім, вона спроможна раціоналізувати цей досвід, інтегруючи його у власне життя. Найважливіше, ми маємо вплив на майбутнє, контролюючи актуальний вибір, витрачаючи час і потуги не на непорушні об’єкти, а на те, що ми справді можемо змінити [2, с. 20]. У цьому ключі доведено ефективність практик стоїцизму в часи межових випробувань, яким є, зокрема, війна. Загальновідомою є й історія американського пілота часів американо-в’єтнамської війни Джеймса Стокдейла, який пережив чотири роки полону, катувань і перебування в одиночній камері, але не здався. За його зізнанням, упоратися зі стражданнями йому допомогла філософія Епікетета, з якою він ознайомився під час навчання в університеті.

Психотерапевтичний потенціал стоїцизму впливає із його вчення про правильний вибір, який є наслідком узгодження діяльності вольової, спонукальної й сприймальної частин людської особистості. Це досягається за допомогою навчання, практики і тренування. Різноманітні конфігурації цих активностей формують такі психологічні техніки стоїків як негативна візуалізація, дихотомія контролю, фаталізм, самообмеження, медитація [3, с. 71-132]. Наприклад, філософ і тренер КПТ Дональд Робертсон рятівними для ментального здоров’я вважає стоїчні практики рефлексії і самоаналізу; уважності, або присутності в моменті; прийняття власних думок без осуду; афірмації та візуалізації тощо. Він справедливо вважає, що наполегливе застосування цих практик допомагає людям виробити більш прийнятний і співчутливий підхід до своїх емоцій. Цей ефект закріплюється через поведінкову активізацію: визначення та збільшення видів діяльності, які є приємними і значущими для поліпшення настрою та зменшення негативних емоцій. Так само позитивне емоційне тло, створене на основні так званих “раціональних емоцій”, сприяє розв’язанню проблем і життєстійкості [5].

Стисло підсумовуючи, зазначимо, що КПТ своєю підвалиною має філософські традиції раціоналізму і емпіризму, що пояснює її досить системне розуміння людини. Також вона міцно спирається на певні принципи філософії свідомості та логічного біхевіоризму і стоїчну філософію. Важливо розрізнати філософську основу і практики КПТ. Якщо названі філософські вчення створюють методологічне підґрунтя терапії й орієнтують людину на

¹ В Україні цей рух розвивається завдяки спільноті “Українська Стоя”.

осмислення певних цінностей, випрацьовуючи довготривалі життєві стратегії, то похідна від них психотерапія має допоміжний короткотривалий характер. Це не заперечує інтенції особистості до саморозвитку, зокрема на засадах стоїчного мистецтва життя, у якому теорію і практику гармонізовано.

Література:

1. Ворбертон Найджел. Коротка історія філософії. – Київ, Наш Формат, 2023. – 224 с.
2. Голідей Раян, Генсільман, Стивен Г. Стоїцизм на кожен день. 366 роздумів про мудрість, стійкість і мистецтво жити. – К.: Наш Формат, 2022. – 464 с.
3. Ірвін Вільям Б. Жити змістовно. Філософія радості від античних стоїків. – Київ: Yakaboo Publishing, 2021. – 304 с.
4. Колк ван дер Б. Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому. – Х.: Віват, 2022. – 624 с.
5. Філософія когнітивної терапії – короткий зміст та рецензія на книгу. Дональд Роберт. – URL: <https://www.getstoryshots.com/uk/books/philosophy-of-cognitive-behavioural-therapy-summary/> (дата звернення 08.05.2024).
6. Kessler R. C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K. R., & Walters E. E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 2005, 31. – p. 593-602.
7. Fadiman, J., Frager, R. *Personality and Personal Growth*. Harper & Row, 1976. – 489 p.

Лавринович О. А.,

Національний транспортний університет,
e_lavrynovych@ukr.net

РЕЛІГІЯ І МЕДИЦИНА В ПОГЛЯДАХ ДЖОНА ГРЕґОРІ

Взаємозв'язок релігії та медицини має тривалу історію. Більше тисячі років церква опікувалася хворими, була відповідальною за функціонування лікарень та надання лікарям ліцензій на медичну практику. У монастирях ченці служили і Богу, і спільноті, і, зокрема, хворим та нужденним. Саме монастирі відігравали вирішальну роль у розвитку лікарської справи. Є багато прикладів, коли заклади для лікування хворих, якими опікувалося духовенство, забезпечували такий зразковий догляд, який протягом наступних кількох століть не могла надати жодна світська медична установа.

В епоху Середньовіччя зв'язок між церквою та медициною слабшає. Клермонський собор 1130 року забороняє ченцям займатися медициною, оскільки це відволікало їх від духовних цілей. Сертифікація лікарів стає обов'язком держави. Зазнає впливу раціональної думки і християнська

антропологія, концепція людини і світу. Вважається, що розкол між медициною та релігією відбувся в епоху Просвітництва завдяки розвитку науки. З того часу в лікуванні хворих практично зникають релігійні елементи. Частково це було зумовлено раціональним поясненням феноменів здоров'я та хвороби. З розвитком медицини авторитет релігії в цьому питанні почав піддаватися все більшому сумніву.

Раціоналізація уявлень про медицину в цей період надала сильного імпульсу до розвитку її етичної складової. Поступово формується система обґрунтування конкретних моральних обов'язків лікаря, які регулюють сферу його професійної діяльності. І хоча релігія в медицині змушена була поступитися раціональності, все ж її зв'язок з медициною був збережений, що виявлялося у взаєминах лікаря та хворої людини. Адже лікар мав дбати не лише про фізичний, а й про духовний стан пацієнта. Філософським засобом поєднання християнської ідеї любові до ближнього як милосердя та інтелектуальної чесноти співчуття у клінічній практиці стала медична етика.

Професійна чеснота співчуття була описана шотландським лікарем, філософом, вченим Джоном Греґорі (John Gregory; 1724–1773) в його праці “Лекції про обов'язки та кваліфікацію лікаря” (“Lectures on the Duties and Qualifications of a Physician”), надрукованої у 1772 році [3]. На думку Джона Греґорі, реформування медицини з наукової та клінічної точки зору неможливе, якщо вона буде пронизана упередженістю та особистими інтересами лікаря. Він розробив філософську обґрунтовану систему поведінки лікаря, його обов'язків та кваліфікації. У своїх лекціях Греґорі звертається до філософії Френсіса Бекона (Francis Bacon)[2], використовуючи його нові емпіричні методи й науку про мораль, а також моральну філософію Девіда Юма (David Hume) [4] і його принцип співчуття, оскільки вони пропонували методи розповсюдження істинних переконань про світ і мораль. Метод Бекона покликаний зменшити, а в ідеалі усунути упередженість, спричинену особистим інтересом, користю у різних її формах. Як стверджує Бекон, люди науки не прагнуть добра для себе, і ця їхня безкорисливість покращує як науку, так і медицину, що полегшує стан людей. На основі цього Греґорі висноує, що “зацікавлені” лікарі, які діють заради власної економічної вигоди, а не заради блага хворих, незалежно від того, багаті вони чи бідні, порушують цей принцип. Греґорі апелює до здатності бути відкритим до досвіду інших, що має бути виражено та культивовано в інтелектуальній чесноті лікарської відвертості. Для нього відвертість стала фундаментальною інтелектуальною чеснотою лікарів як професіоналів, у сенсі зобов'язання бути професійно компетентним лікарем [3, с. 28-29]. На його думку, саме “людяність”, чи “співчуття” позначає здатність людини бути відкритою до досвіду інших і бути мотивованою цим досвідом для того, щоб регулярно надавати підтримку іншим. Ця моральна якість є особливо необхідною в характері лікаря. Чутливість серця змушує його відчувати страждання людини і, як наслідок, найсильніше спонукає полегшити їх. Співчуття породжує тривожну увагу до тисячі дрібних обставин, які можуть покращити стан пацієнта; природно викликає прихильність і довіру пацієнта, що в багатьох випадках має вирішальне значення для його одужання.

Люди з наймилосерднішою вдачею, щодня стикаючись зі сценами

страждань, з часом набувають холоднокровності й твердості духу, так необхідних у лікарській практиці. Вони здатні відчувати все, що викликає співчуття, без того, щоб це виводило їх з рівноваги чи знесиловало. Лікарі, які черстві до людських почуттів, ставляться до них з насмішкою, вважають їх або лицемірством, або ознакою слабкості. Співчуття часто буває удаваним. Але цю манірність можна легко розпізнати. Справжнє співчуття ніколи не буває показним, навпаки, воно радше прагне приховати себе. Досвід показує, що лагідна й гуманна вдача, зовсім не суперечить сильному розуму, а зазвичай є його супутником; і що грубі й галасливі манери супроводжують слабе розуміння і підлу душу, і ними часто користуються люди, позбавлені великодушності й особистої мужності, щоб приховати свої природні вади.

Співчуття або людяність, передбачає безпосередню участь у долі хворих, відкритість до їхніх страждань. Отже, відвертість і співчуття притуплюють власний інтерес, а також відвертають увагу лікаря від нього самого і привертають її до хворої людини й мотивують його реагувати на клінічні потреби хворого як на головну турботу, перетворюючи в такий спосіб хвору людину на пацієнта. Джон Грегорі став першим в історії медицини, хто почав регулярно вживати слово “пацієнт”, замість слова “хворий”.

Завдяки дисципліні, заснованій на досвіді, лікарі набувають подвійної моральної чесноти – співчуття, лагідності та стійкості. Грегорі добре усвідомлював тогочасну кризу моралі, брак впевненості, що чудова поведінка людини свідчить про наявність у неї доброго характеру. Тому він пропонує два тести для визначення щирості лікаря. Перший полягає в тому, що людяний, співчутливий лікар, виконуючи свою роботу, яка передбачає самопожертву, ніколи не привертає до себе уваги, будиши впевненим, що моральна прихильність служінню протягом усього життя буде визнана іншими і що його подальша добра репутація буде дійсно заслуженою. Другий полягає в тому, що співчутливий лікар однаково ставиться як до багатих, так і до бідних. Обидва тести залишаються актуальними й сьогодні для оцінки лікарів і пацієнтів. Грегорі засуджував жорстку конкуренцію й сьогодні для оцінки лікарів і пацієнтів. Грегорі засуджував жорстку конкуренцію й сьогодні для оцінки лікарів і пацієнтів. Грегорі засуджував жорстку конкуренцію й сьогодні для оцінки лікарів і пацієнтів. Він вважав, що розум не може бути основою моралі, допускав відхилення від повної правди в розмовах з важкохворими людьми.

На думку Грегорі, медицина і релігія не є несумісними. Для нього є огидним звинувачення, яке часто висувують проти лікарів, стосовно невір'я та зневаги до релігії. Він наводить приклади видатних вчених лікарів, які відзначалися своєю щирою вірою і високим професіоналізмом в медичній практиці, зокрема Вільям Гарвей (William Harvey; 1578-1657), Томас Сідегам (Thomas Sydeham; 1624-1689), Герман Бургаве (Herman Boerhaave; 1668-1738) [3, с. 63-64]. До цих імен можна додати Герарда ван Світена (Gerard van Swieten; 1700-1772), який був улюбленим учнем та помічником Бургаве [5], Томаса Вілліса (Thomas Willis; 1621-1675) [1] та багатьох інших.

Грегорі звертається до джерел нехтування релігією в медицині. На його думку, люди, які звикли вільно розмірковувати на різні теми, не схильні до фанатизму і не є адептами якоїсь релігійної системи чи секти. Вони можуть бути вірними своїм принципам, не думаючи погано про тих, хто відрізняється

від них, але вони не потерплять контролю людей, які б диктували їм, у що вони повинні вірити [3, с. 64]. Можна припустити, що Грегорі мав на увазі жорстку ортодоксальність церкви, яка була типовою для його часу. Але для лікаря не є правильним відкидати релігію, яка суголосна його совісті. Свобода духу, поміркованість і милосердя до тих, хто дотримується інших поглядів, часто “обмеженими” людьми тлумачиться як невірність релігії. Разом з тим, деякі щирі християни, роздратовані такими закидами, можуть необережно висловитися, тим самим давши привід для наклепів на них. Грегорі зазначає, що саме у цьому справжнє джерело звинувачень у нехтуванні до релігії, які часто і так несправедливо висуюють проти лікарів [3, с. 64-65]. Він вважає, що має існувати свобода досліджень, але не повинно бути необережних висловлювань, які роблять людину мішенню для звинувачень у невір’ї. Далі Грегорі робить загальне зауваження, що неприборкана свобода може призвести до атеїзму [3, с. 65-66]. Підкреслює, що необмежена свобода не є справжньою свободою. Тут простежується консерватизм у поглядах Грегорі, що сягає корінням у стоїчні традиції. Свобода повинна реалізовуватися в рамках цінностей та інституцій, які варто зберігати. До них належить релігія, заснована на совісті. Грегорі наголошує на тому, що люди від природи є релігійні, “...релігія є природною для людського розуму, і кожна спроба викоринити її буде визнана настільки ж безсилою, наскільки і нечестивою” [3, с. 66]. Наслідки атеїзму можуть призвести до суспільної катастрофи. “Якщо припустити, що атеїзм запанував би повсюдно, разом з невірою в безсмертя душі, тривалість таких настроїв неодмінно була б дуже короткою, тому що вони одразу ж розхитали б усі суспільні зв’язки й створили б безперервну сцену анархії та зла” [3, с. 66]. Грегорі доводить, що, ставши лікарем, людина не зобов’язана бути атеїстом. Ба більше, якщо студент-медик стане атеїстом, то причина світоглядної трансформації полягає не в науці та медицині, а в інтелектуальній нерозвинутості та недостатньому клінічному досвіді, “люди з найширшим, ясним і твердим розумінням, які діяли з найбільшим духом, гідністю і пристойністю, і яких вважали найкориснішими і найдоброчливішими членами суспільства, ніколи відкрито не ображали й не намагалися підступно висміяти принципи релігії; але, навпаки, були її найкращими і найтеплішими друзями [3, с. 67-68].

Література:

1. Лавринович О. А. Концепція співвідношення душі та тіла Томаса Вілліса. Філософія релігії та медицини в постсекулярну добу: матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф., присвяченої пам’яті свт. Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького). Київ: НМУ імені О.О. Богомольця. 2022. С. 87-92.
2. Bacon F. *Novum Organum*. In: Speeding J, Ellis RL, Heath DD (editors). *The Works of Francis Bacon*. Vol. 1. Boston: Houghton, Mifflin and Company. 190-?. P. 130-539. – URL: <https://onlinebooks.library.upenn.edu/webbin/metabook?id=worksfbacon>

3. Gregory J. Lectures on the Duties and Qualifications of a Physician. London: W. Strahan and T. Cadell; 1772. 238 p. – URL: <https://books.google.com.ua/books?id=eSZhAAAAcAAJ&printsec=frontcover&hl=ru#v=onepage&q&f=false>
4. Hume D. A Treatise of Human Nature. Norton DF, Norton MJ (editors). Oxford: Oxford University Press. 2007. 431 p. – URL: https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/PHS414/David%20Hume_%20A%20Treatise%20of%20Human%20Nature_%20Volume%201_%20Texts.pdf
5. Lindeboom G. A. Boerhaave: author and editor. Bull Med Libr Assoc. 1974. Apr. Vol. 62 (2). P. 137-148. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC198776/pdf/mlab00142-0075.pdf>

Максименко І. Г.,
КНУ імені Тараса Шевченка,
mrdkigorm@gmail.com

НОЕТИЧНИЙ ЕФЕКТ ГРІХА ЗА С. К. МОРОНІ

На думку сучасних науковців релігійна віра повністю охоплює стан людини [2, с. 24-25]. Вона чинить реконструктивний вплив на особистість, трансформуючи її розум та волю [1, с. 83]. У своїх роботах сучасний науковець С. К. Мороні проводить історичне дослідження впливу гріха на наше мислення [5, с. 129-131]. Він аналізує глибокий вплив гріха на людське пізнання та інтелектуальні процеси. Він розглядає це питання як з історичної, так і з сучасної перспективи, надаючи всебічне розуміння того, як гріх спотворює та погіршує наші пізнавальні навички. Науковець починає з відстеження історичних коренів концепції ноетичних ефектів гріха. Термін «ноетичний» походить від грецького слова «ноема», що означає думку. Теологи та філософи протягом історії визнавали, що гріх впливає не лише на наше моральне та духовне життя, але й на наші інтелектуальні здібності. Мороні досліджує цю тему через історичний аналіз поглядів теологів і філософів, таких як Аврелій Августин, Тома Аквінат, Мартін Лютер і Жан Кальвін, а також сучасних мислителів.

Науковець починає з аналізу історичних поглядів на впливи гріха на людський розум. Ранні отці церкви, такі як Августин Аврелій, були одними з перших, хто сформулював ноетичні ефекти гріха. Августин стверджував, що гріх зіпсував людську природу, включаючи наші розумові здібності. Він вірив, що первородний гріх залишив глибокий слід на людстві, затуманюючи нашу думку та ускладнюючи сприйняття істини. За Августином, це інтелектуальне пошкодження проявляється в різних формах, включаючи невігластво та схильність до брехні.

У середньовічний період схоластичні теологи, такі як Тома Аквінат, далі розвивали концепцію ноетичних ефектів гріха. Аквінат стверджував, що гріх порушує правильне функціонування інтелекту. Він розрізняв природне світло

розуму, яке мають усі люди, і надприродне світло віри, яке є даром від Бога. Гріх, за Аквінатов, послаблює природне світло розуму, ускладнюючи людям розуміння моральних і теологічних істин. Це порушення не є абсолютним, але достатньо значним, щоб вимагати божественного одкровення і благодаті. При цьому розум відіграє вкрай важливу функцію, теолог доводить п'ять аргументів існування Бога саме за допомогою розуму [3, С. 13-14 (Pt. 1, Q.2, Art.3)].

Реформація принесла нові погляди на ноетичні ефекти гріха. Реформатори, такі як Мартін Лютер і Жан Кальвін, підкреслювали всепроникаючу природу гріха та його вплив на всі аспекти людського існування, включаючи розум. Кальвін, зокрема, наголошував на концепції «тотальної зіпсованості», яка стверджує, що гріх вплинув на всі частини людської природи. Він вірив, що без просвітлення Святого Духа людський розум не здатен повністю зрозуміти Божу істину. Цей акцент на необхідності божественного втручання для подолання ноетичних ефектів гріха став наріжним каменем реформатської теології.

Мороні переходить до сучасних досліджень ноетичних ефектів гріха. Він розглядає, як сучасні теологи та філософи залучаються до цієї концепції, особливо у світлі досягнень у галузі психології, когнітивної науки та нейронауки.

У сфері психології ноетичні ефекти гріха часто обговорюються в контексті когнітивних упереджень і спотворень. Когнітивні вчені виявили безліч способів, якими людське мислення може збиватися з правильного шляху. Через це виникають несправедливі упередження, прихована мотивація та, зокрема, ефект Даннінга-Крюгера. Ці упередження можуть призводити до того, що люди тримаються за помилкові переконання, приймають погані рішення і чинять опір доказам, які суперечать їхнім переконанням. Мороні стверджує, що ці когнітивні спотворення можна розглядати як сучасні прояви ноетичних ефектів гріха, ілюструючи, як гріх продовжує погіршувати наші інтелектуальні здібності.

Нейронаука також пролила світло на ноетичні ефекти гріха, розкриваючи роль мозку у формуванні наших думок і поведінки. Дослідники виявили, що певні структури мозку та їхні функції пов'язані з моральним мисленням, емпатією та самоконтролем. На думку Мороні, гріх може порушувати ці нейронні процеси, що призводить до погіршення морального судження та зменшення здатності до саморефлексії. Вивчаючи нейронні процеси, пов'язані з ноетичними ефектами гріха, сучасні вчені можуть глибше зрозуміти, як гріх впливає на наші когнітивні функції на біологічному рівні.

Філософи продовжують займатися ноетичними ефектами гріха, досліджуючи епістемологічні наслідки людської гріховності. Вони обговорюють, якою мірою гріх впливає на нашу здатність набувати знання та розрізняти істину. Деякі філософи стверджують, що гріх запроваджує фундаментальне епістемічне обмеження, ускладнюючи людям досягнення об'єктивної істини. Інші ж вважають, що, хоча гріх і погіршує наше мислення, він не робить нас повністю неспроможними до знання. Замість цього вони наголошують на важливості смирення, критичного мислення та відкритості до божественного одкровення як способів пом'якшення ефектів гріха.

Роботи Мороні також охоплюють теологічні аспекти ефектів гріха. Він

досліджує, як різні християнські традиції розуміють взаємозв'язок між гріхом, благодаттю та людським пізнанням. Наприклад, він аналізує, як католицькі, протестантські та православні теологи визначають необхідність божественної благодаті для подолання інтелектуальних пошкоджень, спричинених гріхом. Він також розглядає роль Святого Духа у просвітленні людського розуму та допомозі віруючим у сприйнятті духовних істин. На думку науковця, християнська теологія чітко артикулює своє відношення до когнітивних викривлень та спотворень розуму. Вона не заохочує їх підтримувати та розвивати. Християнські тексти чітко та однозначно засуджують будь-який обман та самообман. Необхідно через саморефлексію та аналіз власної душі всяко протистояти самообману. Будь-яка самовпевненість та переконання, що людина досягла точки психічного здоров'я та не потребує вдосконалення, не знаходять підтримки у християнських текстах. Більш висока думка про себе, ніж потрібно, сама по собі є ознакою гріха гордості та неприйнятна для християн. Культивується реалістичне мислення та шлях через нього до покаяння. Покаяння може призвести до душевного болю та, навіть, депресивних станів, але це є найбільш здоровим відношенням до оцінки свого спотвореного розуму. В кінцевому рахунку, така поведінка призведе до смирення та удостоїть носія віри божественної нагороди.

На думку науковця, християнська теологія пропонує вірянам набір засобів, якими ті можуть послуговуватись у боротьбі з гріхом [5, с. 104]. Серед них можна виділити саморефлексію, відкритість до зовнішньої критики та смирення. При чому смирення не в сенсі пасивності, а в сенсі реалістичного бачення. Людина, освітлена божественною благодаттю, отримує можливість якісної самокритики, що відкриває людині її власні гріхи та спотворення розуму. Разом з тим, покладання у цій справі лише на власні сили також може бути ознакою гордоців. Християнин є частиною общини, та природньо має бути відкритим до зовнішньої критики. Ісус не раз закликав сповідувати гріхи один перед одним, брати у свідків братів та прощати одне одного. У спілкуванні з людьми також треба проявляти смирення, яке зможе убезпечити нас від непомірних амбіцій та шкоди нашим ближнім. Це також впливає на розумову діяльність, оскільки непомірна впевненість у собі стає причиною хибної оцінки власних можливостей та зовнішніх ситуацій.

При цьому Християнство не залишає роботу над виправленням розуму без винагороди. Воно пропонує благодать та прощення [4]. Крім цього людина починає більше цінувати сьогоденний день, ніж фокусувати увагу на проблемах майбутнього. Смирення дає змогу зменшити рівень очікувань від майбутнього, а значить, і убезпечити себе від можливих розчарувань. При цьому будь-які позитивні зміни в житті викликають більше радощів, оскільки не ігноруються, але сприймаються як дар від Бога. З одного боку Християнство пропонує нам божу допомогу, надію на чудо та захист, а з іншого зменшує завищені очікування. При цьому християни також навчаються менше порівнювати себе з іншими та менше заздрити. Це також робить їх щасливішими. В кінцевому рахунку, Християнство навіть після смерті пропонує вірним блаженство та перебування разом з Христом.

Ноетичні ефекти гріха мають значні практичні наслідки для освіти,

служіння та особистісного зростання. Мороні обговорює, як викладачі та священнослужителі можуть допомогти людям розпізнавати та усувати когнітивні спотворення, спричинені гріхом. Він наголошує на важливості виховання інтелектуальних чеснот, таких як смирення, чесність та відкритість до критики. Культивуючи ці чесноти, люди можуть стати більш обізнаними про свої когнітивні упередження та більш сприйнятливими до істини.

Отже, С. К. Мороні пропонує глибоке та інформативне дослідження того, як гріх впливає на людське мислення. Відстежуючи історичний розвиток цієї концепції та залучаючи сучасні психологічні, нейронаукові та філософські перспективи, науковець надає всебічне розуміння того, як гріх спотворює наше пізнання. Його роботи підкреслюють важливість божественної благодаті та впливу Святого Духа у подоланні ноетичних ефектів гріха. Науковець також наголошує на практичних кроках, які люди можуть зробити, щоб пом'якшити ці ефекти у своєму житті. Своїми дослідженнями С. К. Мороні сприяє глибшому розумінню складної взаємодії між гріхом, благодаттю та людським пізнанням.

Література:

1. Предко Д., Ларін Д. Релігійна віра як чинник подолання критичних життєвих ситуацій. Психологічний часопис, 2017. № 4. С. 76-86.
2. Предко О. Віра як релігійний феномен. Українське релігієзнавство, 2005. № 34. С. 21-30.
3. Aquinas Thomas. The Summa Theologica of St. Thomas Aquinas. Christian Classics, 1981. Т.1. С. 3020.
4. Moroney S. K. God of Love and God of Judgment Paperback. Wipf & Stock Publishers, 2009. С. 162.
5. Moroney S. K. The noetic effects of sin: a historical and contemporary exploration of how sin affects our thinking. New York: Lanham: Lexington Books, 2000. С. 178.

Роде С. Г.,

Київський національний університет будівництва та архітектури,
serge.rode@gmail.com

НАРОД ТРОЄЩИНИ В ЕПОХУ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ. ВІРА І МЕДИЦИНА У РАДЯНСЬКУ І ПОРАДЯНСЬКУ ЕПОХИ. СПРОБА ФІЛОСОФСЬКО- РЕЛІГІЙНОГО АНАЛІЗУ

У світогляді кожного народу в кожному епоху його історії ми можемо побачити певне поєднання віри в Божество і одночасно певні знання у сфері медицини, сучасні даному народу в даній епосі.

Розпад Країни Рад у кінці 20 ст. і подальша глобалізація країн, народів і народних господарств порадянського простору (зокрема Сучасної України)

на Руїнах Країни Рад суттєво вплинули і продовжують впливати на світогляд їх громадян, господарствоутворюючих народів, у випадку Сучасної України - українського, козацький народу, "народу Троєщини" сиріч Країни Троїці (англ. Trinityland) на Подніпров'ї, відомої у народній і церковній традиції також як Стара, Свята Русь і Рідна Україна.

Проявами глобалізації стали зокрема відхід від тоталітарних практик і світогляду у суспільному і особистому житті, більші можливості для прояву свободи думки і зокрема віросповідання, плюралізм, можливості для знайомства з життям інших країн, народів і народних господарств Християнської Ойкумени і Неосяжного Заходу тощо, про що власне і нагадує назва "народ Троєщини", яка пов'язує сучасних українців з загальнохристиянською, західною (європейською), (старо)церковною традицією.

Так зокрема у людей почав відроджуватися табуований було в радянську епоху інтерес до релігії предків, віри в Бога Троїцю себто традиційного для нашого регіону (старо)церковного християнства, католицького і православного, тісно пов'язаний в т.ч. з інтересом до пережитого, але часто не осмисленого належним чином і отже не засвоєного (тобто чужого) життєвого досвіду дідів-прадідів, які жили в попередні, зокрема гетьманську, (царсько)російську і радянську епохи. Очевидно, що інтерес до історії Старої Церкви, Католицької і Православної і її прихильників на зразок Святителя Луки на теренах Країни Рад можна розглядати як закономірну складову цих суспільних, пізнавальних і освітніх процесів, що підкреслює власне і (само)назва "народ Троєщини", яка при всій своїй примітивності разом з тим нагадує про традиційну народну, києвоцентричну віру в Бога Троїцю, Країну Троїці, Святих і Преподобних Отців Печерників (включно з Преподобними Антонієм, Феодосієм і Миколою Святошею) на Подніпров'ї, Стару, Святу Русь з Рідною Україною козацького народу на її Руїнах тощо.

Зміни у світогляді окремих громадян і народної, суспільної маси в цілому почали відображатися на усіх сторонах суспільного і особистого життя, зокрема на ставленні до такого феномену як медицина, різних медичних практик як традиційних так і нетрадиційних. Народ Троєщини почав знайомитись з різними куточками світу і цікавитись культурними здобутками різних країн, народів і господарств, зокрема у медичній сфері, нерідко укоріненими, особливо у випадку різних неєвропейських, нехристиянських країн, народів і культур у місцеві світогляди і релігійні традиції. Світоглядний плюралізм і універсалізм християнського світогляду, світогляду, заснованому на вірі в Троїцю у Всесвіті Троїці, притаманний представникам народу Троєщини так само як і представникам європейської культури в цілому очевидно відігравав тут не останню роль.

Також тут можна згадати про масове ставлення до медицини в радянську епоху, коли на фоні руйнування православних храмів як "пережитків темного минулого" в суспільстві Країни Рад (і Народної, Соціалістичної України у її складі) робилися спроби привити культ здорового способу життя і змінити ставлення до медицини взагалі і до профілактики різноманітних захворювань, планових медичних оглядів і т.д. і т.п., що

значною мірою дійсно вдалося. При цьому на фоні росту довіри до медицини серед народу Троєщини, зростання кількості медичних закладів, медперсоналу, підвищення рівня професійної медичної освіти, зростання кількості медичних освітніх закладів тощо відбувалася певна ідеалізація (і ідолізація) медицини як явища, на фоні зменшення віри в Бога і Церкву, змін у світогляді пересічних громадян у напрямку матеріалізму. Історія життя і творчості Святителя Луки може слугувати чудовою, наочною ілюстрацією до особливостей світогляду окремих людей і народних мас даної епохи, де відхід від віри дідів-прадідів нерідко супроводжувався релігійною індиферентністю, фанатичним матеріалізмом (і войовничим безбожжям), спробами розглядати сучасні їм медичні практики як панацею від будь-яких хвороб або навпаки ставити поспішні і безапеляційні діагнози лише на основі власного (спрощеного, вузького, матеріалістичного) бачення хвороб і можливих способів їх розвитку чи лікування, існуванням таких ганебних явищ як каральна медицина, халатність, антисанітарія, пов'язаних з неналежним ставленням медичних працівників до своєї діяльності, що як мінімум частково можна пояснити неналежним (особливо по традиційним, християнським, (старо)церковним міркам) вихованням і матеріалістичним світоглядом.

І навпаки, з кінцем радянської епохи і “закритого” суспільства Країни Рад (і Соціалістичної і Радянської України у його складі, яка стала Сучасною, одночасно залишаючись Народною і Козацькою) коли Безмежжя Рідної України на Старій Русі і світу навколо почали вносити свої корективи у народне життя, творчість і світогляд матеріалізм у народній і суспільній свідомості почав поступово втрачати свої колишні позиції, поступаючись місцем старій, дідівській, козацькій вірі в Бога Троїцю, Церкву і Всесвіт Божий як Картину Чудесного Художника сиріч Духа Святого, Бога Троїці. В цих умовах почало змінюватись ставлення до медицини. На жаль не завжди в кращу сторону, хоча і не завжди в найгіршу. Дійсно, медичні послуги стали більш дорогими, а отже менш доступним середньостатистичним громадянам, медицина перестала бути такою всеохопною як вона була раніше, поступаючись тут вірі в Бога, почала втрачатись віра в медичні практики як панацею від усіх хвороб, змінилось ставлення до планових оглядів, примусового лікування і багатьох інших речей. І навпаки, нова ситуація почала міняти ставлення до віри і медицини до значно більш гармонійного. Молитви (молебні) перед, під час або після застосування медичних практик знову почали перетворюватись на цілком звичне явище життя звичайних людей, якими вони і були в (царсько) російську, дорадянську епоху, але перестали бути в радянську.

Цікавим може бути в цьому контексті також аналіз світогляду медичних працівників в радянську епоху і нині. Віруючі і церковні люди як і невіруючі і нецерковні зустрічались в медичній сфері і тоді, зустрічаються і зараз. В середньому працівники медичної сфери вважаються менш богомільними за середньостатистичних громадян – це було справедливо для радянської епохи, залишається справедливим і нині. Разом з тим віра в те, що “всі під Богом ходимо” притаманна народному світогляду і виражена в народній культурі в т.ч. в тому ж таки понятті Троєщина (Край, Країна, Всесвіт Троїці) однаково близька і середньостатистичному громадянину і працівникові

медичної сфери, включаючи того ж таки Святителя Луку як чудовий приклад богомільного лікаря.

Підсумовуючи все вищесказане можна сказати, що розпад Країни Рад і перехід від радянської до порадянської епохи, від суспільства тоталітарного і закритого до суспільства строкатого і відкритого в т.ч. впливам глобалізації незважаючи на численні проблеми і негативні наслідки варто все ж таки розглядати радше як позитивне явище, яке вже посприяло в т.ч. відродженню і оновленню в Сучасній, Рідній, Народній і Козацькій Україні релігійного і церковного життя, гармонізації образу віри в Бога і Церкву і образу медицини у світогляді середньостатистичних представників народу Троєщини тощо, про що свідчить навіть сама можливість вільно вживати поняття “народ Троєщини” у наукових, суспільно-філософських і релігійно-філософських публікаціях, яка судячи за все була недоступна або малоімовірна у радянську епоху.

Також привертає увагу, що поняття “народ Троєщини” в смислі “народ Всесвіту Божого” дозволяє описувати притаманний представникам козацького, українського народу релігійний плюралізм, віру у Непостижиме Божество, Художника Картини Буття, Троїцю і Духа Старої Церкви, який проявляє Себе “як хоче і де хоче”, “як Сонце світячи однаково усім”, “як іудеям так і язичникам”, що дозволяє споглядати, описувати, осмислювати, пояснювати і практикувати різноманітні медичні практики, як традиційні так і нетрадиційні з єдиних світоглядних, християнських і (старо)церковних позицій так як це робив той же такий Святитель Лука (в миру В.Ф.Войно-Ясенецький) і як це робили діди-прадіди і баби-прабаби представників козацького народу Троєщини за століття якщо не тисячоліття до нього, як це робили в радянську епоху і роблять зараз, в т.ч. нащадки простих, не особливо церковних але все ж таки віруючих і богомільних українських лікарів радянської епохи на зразок приснопоминаємої А.Я.Бублик, ветерана праці у медичній сфері, випускниці Київського стоматінституту 1952 року з числа “неграмотних полтавських мужиків”, лікаря-стоматолога з Черкащини і її покоління українських лікарів, які багато зробили для української медицини у 20 ст.

Література:

1. Патерик Києво-Печерський / Упорядкувала, адаптувала українською мовою, склала додатки і примітки Ірина Жиленко. Відп. редактор В.М.Колпакова. – 2-е вид. – К., 2001. – 348 с. ISBN 966-518-147-5.
2. Святе Письмо Старої Церкви. Дії Святих Апостолів. Глава 11. Вірш 17.

ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ І РЕЛІГІЯ У КОНТЕКСТІ ГЛОБАЛЬНИХ ЕКОНОМІЧНИХ ТА СОЦІАЛЬНО-ПОЛІТИЧНИХ РЕАЛІЙ: ФІЛОСОФСЬКА РЕФЛЕКСІЯ

Здоров'я – вкрай важливе та складне поняття, яке є актуальним для кожного індивіда. Захист здоров'я громадян – один з беззаперечних пріоритетів будь-якої держави. Принаймні, так мало б бути. Згідно офіційного визначення, здоров'я – це стан повноцінного фізичного, психічного та соціального добробуту, а не лише відсутність хвороб чи фізичних вад. Питання, пов'язані зі здоров'ям, розглядаються науковцями, державними посадовцями, ЗМІ тощо. Для захисту здоров'я громадян створені міністерства, університети та комісії, міжнародні організації, проводяться численні наукові медичні конференції та симпозіуми. Видатний перський вчений-енциклопедист Авіценна в трактаті “Канон лікарської науки” давав таке визначення медицини: “наука, яка пізнає стан тіла людини, оскільки воно здорове або втратить здоров'я, щоб зберегти здоров'я і повернути його, якщо воно втрачено”.

Але чи насправді уряди країн, влада, міністерства зацікавлені в тому, щоб люди були всебічно здоровими?! Не будемо будувати “теорії змови”, але не можна не відзначити, що в умовах, коли в більшості країн панує ринкова система економіки, для тих, хто пов'язаний з медичною сферою, хвороби людей, лікування є великим бізнесом, який дає прибуток. Ще більш актуально це для великих фармацевтичних компаній. Всі розуміють, що вживання наркотиків, алкоголю, тютюнових виробів є шкідливим для здоров'я, але при цьому вони не тільки є доступними і легальними у багатьох країнах (відзначимо, що в європейських країнах існує тенденція легалізації наркотичних засобів під тим чи іншим приводом), але й нерідко рекламуються. Безумовно, не можна не розуміти, що вирішити оптимальним шляхом всі ці питання не завжди просто і взагалі можливо.

З іншого боку, звичайно, необхідно зазначити, що й самі громадяни нерідко замість того, щоб самим брати відповідальність за власне здоров'я, з готовністю перекладають цю відповідальність на лікарів, фармацевтів, уряд тощо. Звичайно, така позиція є більш простою та потребує менше сил та енергії. Безумовно, і в сучасному світі є спірні питання, на які різні спеціалісти-медики дають протилежні відповіді, немає однозначної позиції, і тривають дискусії щодо них, наприклад: користь вегетаріанства, допустимість вживання невеликих доз алкоголю тощо.

Багато дослідників, філософів, лікарів підкреслювали важливість духовної компоненти для здоров'я, зв'язок між фізичним, тілесним, та духовним, нематеріальним. Зокрема, ще Авіценна писав, що лише здоровий дух може гарантувати фізичне здоров'я. Медик, церковний діяч Лука Войно-Ясенецький вважав, що фізичне та духовне в людині тісно пов'язано. Так, він писав: “Між тілом і духом існує постійний зв'язок і взаємодія. Все те, що відбувається в

душі людини протягом її життя, має значення й необхідне тільки тому, що все життя нашого тіла й душі, всі думки, почуття, вольові акти (...) найтіснішим чином пов'язані з життям духу. У ньому відображаються, його формують й у ньому зберігаються всі акти душі й тіла. Під їхнім впливом розвивається життя духу і його спрямованість убік добра або зла". Слід зазначити, що не всі медики повністю розділяють ці думки, чимало з них стоять на інших позиціях. Безумовно, для підтримки душевного та духовного балансу та спокою необхідні свої інструменти. Для самого Луки Войно-Ясенецького цими речами були самовіддана праця на благо людей, православна віра, молитви. Чимало людей відзначають, що віра, духовні практики, молитви тощо, заспокоюють моральний стан, заспокоюють, а також покращують і фізичне самопочуття.

Деякі дослідники вважають, що багато з релігійних ритуалів, обрядів насправді мали головну мету – величезний вплив на фізичне здоров'я, але їхня справжня роль забулася, тому вони залишилися у вигляді таких ритуалів. Наприклад, традиція земних поклонів в християнстві, ісламі, юдаїзмі, а також простирання долілиць у східних релігіях. Ця практика є характерною для більшості релігій, символізує поклоніння Богові, визнання його величчя та могутності. Але також це схоже на вправи щодо активізації хребта, особливо, якщо робити декілька разів, чергуючи із вставанням (як це, до речі, і прийнято в церковних практиках). Безумовно, зараз віруючі, напевне, менше думають про цей аспект, да і взагалі, науковці скептично ставлять ся до цієї концепції. Інший приклад – молитва перед вживанням їжі, яка також є характерною для більшості релігій. Тут ми бачимо наступний момент: будь-який лікар підтвердить, що для здоров'я корисним є вживання їжі у спокійному стані, настрої, не поспішаючи; нерідко люди ж їдять поспіхом. Таким чином, молитва може "сповільнити" людину, заспокоїти її. Відзначимо, що взагалі багато молитов, особливо, мантр побудовані таким чином, щоб заспокоїти людину, а це впливає на її тиск, пульс, знижуючи його, що є особливо актуальним для людей з підвищеним тиском. Також можна говорити про те, який вплив на здоров'я людини мають такі речі, як піст, обрізання тощо. Хоча зазначимо, що більшість священників підкреслюють, що ці ритуали і дії є корисними самі по собі, і, наприклад, піст не є "дієтою для здоров'я". Відмітимо, що чимало науковців та філософів, навпаки, підкреслюють саме дещо формальний, "театральний" характер ритуалів у сучасних церквах. Згадаємо, як порівнював із ляльковою комедією релігійну службу український поет, філософ, Тарас Григорович Шевченко: "В архиерейской службе с ее обстановкою и вообще в декорации мне показалось что-то тибетское или японское. И при этой кукольной комедии читается Евангелие" (цитата зі щоденника). Отже, нерідко в соціальних практиках спалплюються та викривляються справжні цілі та наміри, і самі церковнослужителі не завжди є щиро віруючими людьми та зразком духовних скарбів та добротності.

Таким чином, можна зробити висновок, що кожна людина має думати самостійно про своє здоров'я, як фізичне, так і духовне, а не тільки покладати всю відповідальність за нього на державу. Для підтримки здоровим та чистим свого духу важливо дбати про нього як і про фізичне тіло. В різних релігійних традиціях є свої аспекти та практики для цього.

КИЇВСЬКІ ДОБРОЧИННІ ТОВАРИСТВА ДОПОМОГИ УЧНЯМ І СТУДЕНТАМ (ДРУГА ПОЛ. ХІХ – ПОЧАТОК ХХ СТ.)

Традиції благодійності протягом тривалого часу формувалися під впливом держави, церкви, на громадських засадах і приватній ініціативі.

Протягом другої половини ХІХ – початку ХХ ст. чітко вимальовується тенденція залучення широких кіл громадськості до вирішення проблеми допомоги найменш захищених верств населення. Пробуджене прагнення до створення громадських організацій стало однією з найбільш дивовижних особливостей тогочасного суспільства.

У другій половині ХІХ – на початку ХХ століття Київ був одним з найбільших благодійних центрів, що було історично обумовлено та мало глибоке коріння. З давнього часу Київ славився благодіяннями своїх заможних громадян, які щедро ділилися з містом та безкорисливо з ближніми, тут панувала особлива атмосфера доброчинності та меценатства. “Місто наше, спрадавна уславлене чеснотами святих угодників, які в ньому спочивають, завжди було годувальником бідних, немічних і скалічених, які сходилися звідусіль до воріт святих храмів і обителі. Християнська любов до ближнього завжди здійснювалася у ньому щедро” [1, арк. 3].

В одному з видань кінця ХІХ ст. зазначалося, що благодійність зосереджувалася переважно у великих містах, де було чимало діячів доброчинності та меценатства [4, с. 4.].

Яскравим репрезентантом київської благодійності другої половини ХІХ – початку ХХ ст. були доброчинні товариства. Діяльність їх диктувалася прагненням усунути небезпеку для суспільства від наявності нужденного населення. Філантропічні спілки поділялися на декілька груп.

Однією з таких груп були добродійні спілки для допомоги учням і студентам. Деякі дослідники торкалися у своїх розвідках зазначеної теми, в тому числі й автор даного матеріалу.

Форми підтримки товариствами допомоги учням гімназій та нижчих шкіл включали оплату навчання та помешкань для незаможних вихованців, забезпечення посібниками, одягом, взуттям, разову грошову допомогу. Іноді практикувалися безкоштовні сніданки для нужденних дітей, репетиторські заняття, екіпірування випускників усім необхідним перед вступом до вищих навчальних закладів.

Представники відомої родини Терещенків були почесними попечителями київських гімназій, підтримували матеріально.

М. Грушевський виділив спадок батька до загальної суми для будівництва будівлі міських училищ на вул. Кирилівській, 164. Фасад і оздоблення виконали за проектом одного з основоположників українського архітектурного стилю В. Кричевського.

Доброчинні спілки допомоги студентству сплачували за навчання,

за оренду житла, лікування, викуп закладених речей, надавали грошову допомогу, одяг, взуття, книжки.

Серед філантропічних спілок з підтримки студентської молоді особливе місце посідало економічне товариство студентів-медиків Київського університету. У структурі громади були фонди грошових позик, позик обідами, молочарня, крамниця, їдальня [3, арк.1]. Кожен член товариства, що мав повний пай, мав право скористатися послугами фонду позик. Кошти товариства формувалися з членських внесків, повернених позик, пайового капіталу, надходжень від установ і приватних осіб, прибутку від торговельних закладів тощо [2, арк. 1].

В Києві у другій пол. XIX на початку XX ст. діяли такі товариства зазначеного напрямку: Богоявленське братство допомоги нужденним студентам Київської духовної академії, Опікунство нужденних вихованців Київської духовної семінарії, Товариство допомоги нужденним вихованцям Києво-Подільського духовного училища, Товариство допомоги нужденним вихованкам 2-го Київського жіночого духовного училища, Товариство швидкої допомоги нужденним студентам вищих навчальних закладів Києва, Товариство допомоги студентам Київського університету, Економічне товариство студентів-медиків Київського університету, Товариство допомоги нужденним студентам Київського політехнічного інституту, Товариство допомоги нужденним студентам Київського комерційного інституту, Товариство допомоги бідним слухачкам Вищих жіночих курсів, Товариство допомоги нужденним вихованцям Києво-Подільського духовного училища, Товариство допомоги нужденним вихованкам 2-го Київського жіночого духовного училища, Товариство допомоги нужденним учням київських міських училищ, Товариство допомоги нужденним учням міського двокласного училища, Товариство допомоги нужденним учням 1-го комерційного училища, Товариство допомоги нужденним учням 2-го комерційного училища, Товариство допомоги нужденним учням комерційного училища Л.Н Володкевич, Товариство групи викладачів для допомоги нужденним учням комерційного училища, Товариство допомоги нужденним учням 1-го реального училища, Товариство допомоги нужденним учням 2-го реального училища, Товариство допомоги нужденним учням реального училища св. Катерини, Товариство допомоги нужденним учням Київської земської фельдшерсько-акушерської школи, Товариство допомоги нужденним учням 1-ї гімназії, Товариство допомоги нужденним учням 1-ї гімназії, Товариство допомоги нужденним учням 1-ї гімназії, Товариство допомоги нужденним учням 1-ї гімназії, Товариство допомоги нужденним учням 1-ї гімназії, Товариство допомоги нужденним учням 1-ї гімназії, Товариство допомоги нужденним учням 1-ї гімназії, Товариство допомоги нужденним учням 2-ї гімназії, Товариство допомоги нужденним учням 3-ї гімназії, Товариство допомоги нужденним учням 4-ї гімназії, Товариство допомоги нужденним учням 5-ї гімназії, Товариство допомоги нужденним учням 6-ї гімназії, Товариство допомоги нужденним учням 7-ї гімназії, Товариство допомоги нужденним ученицям Київської Фундуклеївської жіночої гімназії, Товариство допомоги нужденним ученицям Києво-Подільської гімназії, Товариство допомоги нужденним ученицям жіночої гімназії, Товариство допомоги нужденним ученицям жіночої гімназії

ім. св. Ольги, Товариство допомоги нужденним учням навчальних закладів Товариства поширення комерційної освіти, Товариство допомоги учням – дітям працівників Південно-Західної залізниці, Товариство допомоги учням – дітям службовців у спадкоємців І.М. Терещенка, Товариство допомоги учням двокласного училища ім. С.І. Бродського, Товариство допомоги нужденним слухачам київських технічних курсів, Товариство допомоги нужденним учням і ученицям чоловічої і жіночої гімназій М.А і М. Ф. Стельмашенко, Товариство допомоги ученицям і учням зуболікарської школи Бланка, Товариство допомоги нужденним учням зуболікарської школи лікарів Л. Головчинера, С. Лур'є і зубного лікаря З. Головчинера [5, с. 87-89].

Загалом Київ мав досить розгалужену мережу органів державної, церковної, громадської опіки та благодійних товариств. Відзначимо головну організаторську та централізаторську роль окремих подвижників, які своїми внесками та особистою участю сприяли створенню та ефективній діяльності добродійних спілок.

Проблема діяльності благодійних товариств є широкою та різнобічною, тому подальше її вивчення, зокрема й щодо громад окресленого спрямування, чекає своїх дослідників.

Діяльність благодійних товариств стала яскравим проявом громадської самодіяльності та соціальної творчості на високоморальних засадах милосердя та гуманізму.

Література:

1. Державний архів м. Києва, ф. 242, оп. 1, спр. 1.
2. Державний архів м. Києва, ф. 307, оп. 1, спр. 9.
3. Державний архів м. Києва, ф. 307, оп. 1, спр. 25.
4. Сборник сведений по общественной благотворительности. – СПб., 1880. – Т. 1. – Предисловие.
5. Ступак Ф. Я. Благодійні товариства Києва. – К., Хрещатик, 1998. – 208 с.

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

Білозор Д. В.
НМУ імені О. О. Богомольця,
belozordima@gmail.com

РУХ ШІСТДЕСЯТНИКІВ В КИЇВСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ ІНСТИТУТІ

“Одним” з нерозкритих питань історії Національного медичного університету О. О. Богомольця є тема руху “шістдесятників” в нашому закладі. Хрущовська відлига не змогла пройти непомітно повз студентську молодь. Найзавзятіші і найсміливіші студенти-медики так чи інакше приймали участь в суспільно-політичних процесах, що відбувались у радянському післявоєнному соціумі. В цій доповіді розкажемо про двох найяскравіших представників руху “шістдесятників” серед студентської молоді Миколу Григоровича Плахотнюка та Ярослава Богдановича Геврича.

Обидва студенти поступили в наш університет у 1960 році. Молоді люди вже на момент вступу були сформовані як особистості. Микола Плахотнюк 1936 року народження з розкуркуленої родини Київщини вже встиг закінчити медичне училище і попрацювати фельдшером на селі. Плахотнюк відразу проявив організаторські здібності. Будучи студентом лікувального факультету працював комсоргом групи і відповідав за сектор культури у факультетському профбюро [1].

Ярослав Геврич народився я 28 листопада 1937 року в селі Остап'є Тернопільської області, в сім'ї греко-католицького священика. Родина зазнала репресивного тиску через небажання батька зректися віри та перейти до московського патріархату. Батько був арештований. Після закінчення середньої школи в 1954 році я поступив у Станіславівське (тепер Івано-Франківське) технічне училище, де здобув середню технічну освіту за спеціальністю механік по ремонту й експлуатації будівельних машин і влаштувався на роботу в гаражі Косівського ліспромгоспу. У 1957 році був мобілізований і відбував трирічну військову повинність. Поступивши на стоматологічний факультет стає співорганізатором капели бандуристів інституту, починає приймати активну участь у роботі Клубу творчої молоді міста Києва, організовує студентські колядки. [2].

Починали студенти з невинного колядування на різдвяні свята. Ярослав Геврич пригадує: “Пішли до професорів Коломийченків. Там ми застали дві жінки – очевидно, його жінка і ще хтось. Ми їм заколядували, а ті жінки заплакали. Кажуть: «Боже, Боже, коли то було, щоб ми могли слухати коляду». Потім професор каже: «Зайдіть до мого брата, навпроти». Не знаю ім'я його, він був професор кафедри ЛОР. Він сам не чув добре, то надів свій апарат, слухав, а потім витягнув сто карбованців і дав нам. Він мав по-тому неприємність. КГБ згадував мені оті гроші” [2].

У 1963 Плахотнюк читає в газеті про Клуб творчої молоді (КТМ)

“Сучасник” і відразу починає приймати активну участь у його діяльності. Клуб організовує літературні та музичні вечори, художні виставки, створює студентський міжвузівський фольклорно-етнографічний гурток і віізний хор “Жайворонок”, закладає традицію Шевченківських читань 22 травня біля пам'ятника Т. Шевченку. У Клубі часто бували І. Світличний, Є. Сверстюк, В. Чорновіл, А. Горська та ін.

Улітку 1963 Плахотнюк напише листа до Міністерства вищої освіти УРСР, у якому запропонує викладання українською мовою, бо в інституті навчаються переважно україномовні студенти. Лист буде переслано ректорові Братусю, який загасить конфліктну ситуацію [1].

В тому ж 1963 році буде організовано творчий вечір в інститутському студентському клубі за участю Симоненка, Вінграновського та Коротича. У грудні 1963 Симоненка не стане і Микола Плахотнюк організує в медінституті вечір пам'яті поета. Це відбудеться 22 грудня 1963 року на дев'ятий день по смерті Василя Симоненка. За цей вечір Плахотнюк отримає догану, але буде вважати цей день першим проявом своєї громадської зрілості.

Ярослав Геврич тим часом потрапляє в коловорот подій сам не очікувавши такого розвитку власної історії. На літніх канікулах 1964 року студенти ідуть в похід Карпатами. Ціллю похода оберають легендарне озеро Лебедин над селом Шешори. У селі Ярослав Геврич знайомиться з сільським головою Володимиром Михайлюком, який розповідає студенту про зруйнований пам'ятник Шевченку за часів Другої світової і про ідею відновити монумент до 150 річчя поета. Геврич загоряється такою ідеєю і повернувшись до Києва іде до Івана Макаровича Гончара з такою пропозицією. Гончар не відмовляє, більше того кличе на допомогу архітектора Григорія Ковбасу і разом роблять солідний проект. Косівська районна рада пропускає проект, побачивши підписи заслужених художників і не пересвідчившись у наявності будь яких печаток. Відкриття пам'ятника в селі викликало ажіотаж. До села відмінили транспорт, міліція почала розвертати автобуси, але люди йшли пішки. На відкритті виступив Чорновіл. Гомін про відкриття пам'ятника дійшов до “ворожих” радіостанцій. Студент Геврич був знятий з рейсового автобусу працівниками КДБ. Слідство тривало 7 місяців. Ярославу Богдановичу дали 5 років.

Михайло Плахотнюк відніс Гевричу передачу в тюрму, знайшов йому адвоката, домігся, щоб свідчити в суді. Але, зайшовши до зали суду над Гевричем і побачивши тільки суддю, засідателів, прокурора, адвоката, підсудного і охорону, він відмовився давати покази в незаконно закритому суді і звернувся тільки зі словами підтримки до підсудного. Згодом саме це заступництво за Геврича в Дніпропетровській спецпсихлікарні (СПБ) було описано як початок хвороби Михайла Плахотнюка [1].

По закінченню інституту в 1966 році Плахотнюк працює в тубшпиталі у Пуці-Водиці та в туб.санаторії в Димері. Паралельно з роботою веде активну громадську діяльність. Прийме участь у відомому мітингу 22 травня 1967 року в річницю перепоховання Тараса Шевченка, підтримує стосунки з дисидентами. У 1969 році Микола Плахотнюк потрапляє на допити по справі поета Сокульського. Після цих подій Михайла Григоровича просять

звільнитись з кафедри невропатології Київського медінституту, куди він тільки влаштувався на роботу. Хоча парторг кафедри сказав, що стараннішого співробітника вони не мали принаймні останні 10 років. Плахотнюк відмовився і його звільнили “за скороченням штатів” [1].

У 1972 році Михайло Плахатнюк був заарештований. В московському інституті Сербського Михайлу Плахатнюку був поставлений діагноз “шизофренія з манією переслідування”. Київський обласний суд відправляє Плахотнюка в спецлікарню. В спецлікарнях він проведе 9 років з 1972 по 1981 рік. Це будуть Дніпропетровська, Казанська, Черкаська спецлікарні. Пробув на свободі Плахотнюк буквально 2 місяці і знову арешт і “хімія” з 1982 по 1984 рік.

При цьому Микола Плахотнюк не забуває професію. Працює 2 роки фтізіатром в Луганському тубдиспансері відразу по звільненню, потім в Черкаському тубдиспансері, а з 1989 року в Київському [1].

Доля студента Геврича склалась трохи легше. У 1968 році він звільниться з тюрми. Геврич зробить спробу відновитись у Київському медінституті. Але декан Данилевський та парторг Кисельова не захотіли слухати. Остання навіть налетіла з образами на бувшого студента. Неочікувано руку допомоги протягнув ректор Мілько. Допоміг з переводом до Смоленського медінституту, де Ярослав Богданович отримав диплом стоматолога у 1970 році [2].

В подальшому працював та вів активну громадську діяльність у Турківському районі. Спочатку працював по селах, а потім зі своєю дружиною в Турківській районній лікарні.

З початком перебудови обидва герої розпочинають активну політичну роботу. Плахотнюк стає головою правління громадської організації “Музей шістдесятництва”, а згодом і директором цього закладу.

Михайло Геврич організував товариство Шевченка, потім був серед засновників Руху і Меморіалу. В цих організаціях був заступником голови. Обирався районним та обласним депутатом від Руху.

Плахотнюк і Геврич отримали визнання і славу і на державному рівні, нагороджені державними орденами і медалями.

Пам'ять про сміливих студентів “шістдесятників” має залишатись серед сучасної молоді як символ боротьби та непокірного молодого бунтарства.

Література:

1. Плахотнюк Микола Григорович. Віртуальний музей шістдесятництва. – URL <https://museum.khpg.org/1113935930> (дата звернення: 13.02.2024).
2. Геврич Ярослав Богданович. Віртуальний музей шістдесятництва. – URL <https://museum.khpg.org/1257672618> (дата звернення: 13.02.2024).
3. Зірка шістдесятників. – URL <https://umoloda.kyiv.ua/number/2614/265/91959> (дата звернення: 13.02.2024).

ПРАКТИКА МАЙНДФУЛНЕС ТА ЇЇ КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЯ В БУДДІЙСЬКІЙ І ЗАХІДНІЙ ТРАДИЦІЯХ

Майндфулнес – це певний психічний стан і терапевтична техніка, що ґрунтується на цілеспрямованому фокусуванні нашої усвідомленої уваги на даному моменті та надає можливості спокійно і без жодних оцінок визначати свої почуття, думки та тілесні відчуття. Практика майндфулнес сягає своїм корінням у сиву давнину і є суттєвою складовою буддійських та інших східних духовних вчень, які вважають, що спокійне усвідомлення свого тіла, почуттів та розуму є важливою частиною шляху до самореалізації [7; 8].

Практика майндфулнес нерозривно пов'язана з психологічним благополуччям. Елементи майндфулнес, а саме усвідомлення та неосудне сприйняття власного досвіду, розглядаються як потенційно ефективні “протиотрути” проти поширених форм психологічного дистресу, таких як тривога, страх, гнів тощо. Слово “майндфулнес” може бути використано для опису психологічних рис, практики культивування уважності (наприклад, медитація майндфулнес), способу чи стану усвідомлення чи психологічного процесу. Одне з найрозповсюдженіших визначень майндфулнес – це усвідомлення, яке виникає в результаті уваги на теперішньому моменті та без оцінювання того, що відбувається [9]. Більшість дослідників схиляється саме до подібних визначень. Р. Баер визначає майндфулнес як неосудне спостереження за власним потоком внутрішніх і зовнішніх подразників у кожний конкретний момент [2]. Хоча деякі дослідники зосереджуються майже виключно на аспектах уважності [4], більшість схиляється до моделі С. Бішопа та колег, які підкреслюють, що уважність містить у собі два компоненти: саморегуляцію уваги та прийняття певної орієнтації відносно власного досвіду [3]. Саморегуляція уваги відноситься до нелaborаторного спостереження та усвідомлення відчуттів, думок або почуттів від одного моменту до іншого. Це вимагає як здатності “закріплювати” свою увагу на тому, що відбувається, так і вміння “навмисно” переключати увагу з одного аспекту досвіду на інший.

Орієнтація на досвід потребує допитливості, відкритості та прийняття. “Прийняття” в контексті майндфулнес – це не пасивність або смиренність [5], а здатність повністю пережити події, не прив'язуючись до них, але й не ігноруючи їх. Отже, сучасні концептуалізації майндфулнес у клінічній психології вказують на два основних, суттєвих елементи майндфулнес: усвідомлення свого досвіду “тут і зараз” без осуду та його прийняття.

При інтеграції практики майндфулнес у західну психологію та медицину виникли відмінності в концептуалізації майндфулнес у буддійській і західній перспективах. Деякі дослідники [6; 10] стверджують, що для того, щоб повніше оцінити потенційний внесок майндфулнес в підтримку психічного здоров'я,

важливо зрозуміти ці відмінності.

Буддійська та західна концепції майндфулнес відрізняються принаймні на трьох рівнях: контекстуальному, процесуальному та змістовому. На контекстуальному рівні майндфулнес розглядається у буддійській традиції як один із факторів взаємопов'язаної системи практик, необхідних для досягнення звільнення від страждань – кінцевого стану або кінцевої мети, яких прагнули адепти буддизму. Таким чином, її потрібно культивувати разом з іншими духовними практиками. Західна концептуалізація майндфулнес, з іншого боку, зазвичай не залежить від будь-яких конкретних обмежень з боку філософії, етичного кодексу або системи практик.

На рівні процесу майндфулнес у буддизмі слід практикувати в контексті роздумів про ключові аспекти вчення Будди. Наприклад, у “Сатіпаттхана-сутті” [1], одному з ключових буддійських текстів, що є підґрунтям практики усвідомленості, Будда рекомендував бути уважним до функцій тіла, відчуттів та почуттів, свідомості та змісту свідомості, чітко спостерігаючи мінливу природу цих об'єктів. Західна практика, як правило, приділяє цьому менше уваги, ніж традиційні буддійські вчення.

Нарешті, на рівні змісту, у ранньому буддизмі майндфулнес відноситься скоріше до інтроспективного сприйняття фізичних та психологічних процесів. Це контрастує з деякими західними концептуалізаціями майндфулнес, які розглядають її як форму усвідомлення, що охоплює всі об'єкти у внутрішньому та зовнішньому досвіді, включаючи особливості зовнішніх сенсорних об'єктів. Це не означає, що зовнішні об'єкти в кінцевому підсумку не є частиною внутрішнього досвіду людини; скоріше, у буддійських вченнях уважність більше пов'язана зі спостереженням за сприйняттям і реакцією людини на чуттєві об'єкти, ніж з зосередженням на особливостях самих чуттєвих об'єктів.

Подяка:

Тетяна Данилова вдячна за підтримку, надану Фондом порятунку науковців Інституту міжнародної освіти (IIE-SRF) та Вищою школою соціальних досліджень Інституту філософії та соціології Польської академії наук.

Література:

1. Analayo. Satipatthana: The Direct Path to realization. Windhorse Publications, 2003. 346 p.
2. Baer R.A. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003. Is. 10. P. 125–143.
3. Bishop S.R., Lau M., Shapiro S., Carlson L., Anderson N.D., Carmody J., et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2004. Is. 11. P. 230–241.
4. Brown K.W., & Ryan R.M. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003. Is. 84. P. 822–848.

5. Cardaciotto L., Herbert J.D., Forman E.M., Moitra E., & Farrow V. The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*. 2008. Is. 15. P. 204–223.
6. Chambers R., Gullone E., & Allen N. B. (Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review*. 2009. Is. 29. P. 560–572.
7. Danylova T.V., Shmarhun V.M., Vertel A.V., Matyushko B.K., Bondarenko A.F., Kychkyruk T., Petersen J. Effects of the Eastern mind-body practices on mental health during the COVID-19 pandemic: When East meets West. *Wiadomości Lekarskie*. 2021. Vol. 74. Is.11/1. P. 2850-2855. DOI: 10.36740/WLek202111130.
8. Danylova T., Kuźma I.B., Sushyi O., Matvienko I., Bezhnar A., Poperechna G., Honcharenko K. On War, Uncertainty, and Future: Lessons Learned from the Eastern Philosophy. *Wiadomości Lekarskie*. 2022. Vol. 75. Is. 8/1. P. 1914-1919. DOI: 10.36740/WLek202208117.
9. Kabat-Zinn J. *Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York, NY: Hyperion, 1994. 304 p.
10. Rosch E. More than mindfulness: When you have a tiger by the tail, let it eat you. *Psychological Inquiry*. 2007. Is. 18. P. 258–264.

Дзевульська І. В., Маліков О. В.,
 НМУ О. О. Богомольця,
alexandrvm@ukr.net

ТРАГІЧНА ДОЛЯ АНДРІЯ ВЕЗАЛІЯ – ТВОРЦЯ СУЧАСНОЇ АНАТОМІЇ

17-річний юнак з роду Вітінгов, що походив із старовинного міста Везелія, онук лікаря та син аптекаря, який ґрунтовно вивчив у Лувені латину, потім грецьку та давньоєвропейську мови, прибув до Парижа та вступив на медичний факультет. Ставши учнем відомого анатома Сильвія (Жака Дюбуа), цей невгамовний молодик не став наслідувати свого метра, який нехтував самостійними розтинаними, а прагнув препарувати так ретельно, як тільки дозволяли тодішні умови таємного добування та зберігання трупів. Через три роки він повертається до Лувену, де займається анатомією, що вже тоді була його улюбленою справою. Під охороною вірного товариша Фрізіуса Везалій викрадає трупи страчених злочинців, дні й ночі поспіль проводить за розтинаними, вивчає праці Галена та його однодумців, бере участь у запеклих диспутах, проводить публічні розтинаними, на яких відзначає різницю між істинною будовою тіла та канонізованими роботами Галена. Він публікує свої перші праці, які привернули увагу тодішнього вченого світу: “Парафрази дев’ятої книги Разі” (1537), “Редакція анатомічних установлень” (1538), “Шість анатомічних таблиць” (1538), “Про кровопускання” (1539). Популярність цього кремезного 23-річного парубка з енергійним обличчям, обрамленим рудуватою бородою, з пронизливим поглядом глибоко захованих очей стала настільки широкою, що йому – Везалію Андреасу – 5 грудня 1537 р. на урочистих зборах медичного факультету університету Падуї було присуджено ступінь доктора медицини. Тут він очолив кафедру хірургії та анатомії.

Через 5 років (1543), до країв наповнених велетенською працею, Везалій випустив геніальний трактат “Будова людського тіла в семи книгах”, який сповістив світові про появу нового титана епохи пізнього Відродження (Квінквеченто).

Час, коли жив Везалій, був насичений глибокими й трагічними протиріччями, це була епоха, яка потребувала титанів і породила титанів силою думки, пристрасності та характером, багатогранністю та вченістю. Кожен з таких титанів – неповторна індивідуальність. Інтерес до будови людського тіла посідає перше місце. Характерно, що це виявляють не лише лікарі, а й художники Відродження: Мікеланджело, Рафаель, Леонардо да Вінчі, Дюрер, які залишили свої малюнки (а Дюрер навіть видав книгу “Про симетрію частин людського тіла”).

Праця Везалія “Про будову людського тіла” не лише результат вивчення попередніх досягнень в анатомії, але й наукове відкриття. Ця книга всього життя А. Везалія, хоча написана ним, коли йому ще не було й 28 років, виникла не на порожньому місці, а стала закономірним результатом усієї його попередньої наукової, педагогічної та літературної діяльності. Праця Везалія вражає свіжістю та великою кількістю вивченого матеріалу; тут він закликає до точного дослідження тіла людини, очищення анатомії від фантастичних уявлень, критики сталих поглядів Гіппократа й Галена. Відомо, що положення Гіппократа та Галена не були формально канонізовані католицькою церквою, проте їх авторитет був настільки освітлений століттями, що твори цих вчених давнини мало підлягали обговоренню, як і священне писання. Той, хто підняв руку на Гіппократа і Галена, тим самим підривав авторитет більшості сучасних анатомів на чолі з Сильвієм, знання яких були здобуті не за допомогою скальпеля, а ґрунтувалися на скрупульозному вивченні та тлумаченні творів стародавніх лікарів.

Хоч у книзі Везалія і залишилися деякі помилкові уявлення (наприклад, нерозуміння кровообігу), – вона ознаменувала собою крах майже п'ятнадцятивікового панування “галенізму”, що гальмував розвиток наукової анатомії.

Везалій передбачав нападки на свій твір. Про це він пише у передмові до трактату. Недаремно він присвятив його Карлу V. І все ж Везалій зазнав тортур, що зіграли фатальну роль у його житті, на нього обрушився колишній наставник Сильвій з дивним памфлетом, повним жовчі, отрути і грубих нападків, закликів до розправи над “наклепником”, як іменувався Сильвієм Везалій, прізвище якого навмисно було перетворено на Везанус, що означає “божевільний”. Везалій, що залишився майже на самоті, не зміг боротися із справжнім наклепником – самим Сильвієм і, зламаний цькуванням, припинив наукові дослідження, спалив неопубліковані праці, залишив кафедру в Падуї (1544), яку з часом послідовно займали його учень Коломбо, який відрікся від свого вчителя, згодом – Фаллопій, який сміливо оголосив себе учнем та послідовником Везалія.

Везалія багато хто залишив на самоті, навіть учні й соратники. Втративши віру в людей, в успішний результат боротьби, Везалій перед лицем ворогів, що об'єдналися, вирішив тимчасово відступити і перейшов на службу до іспанського монарха Карла V на посаді придворного лікаря. Це був початок кінця порівняно короткої, але нечувано яскравой наукової та педагогічної діяльності Везалія.

Якщо під час царювання імператора Карла V Везалій ще мав певні можливості для продовження своїх наукових досліджень та перевидання своєї праці “Про будову людського тіла в семи книгах”, в текст якого він вніс деякі зміни (1555), то зі сходженням на престол жорстокого та фанатичного Філіпа II Везалій писав: “Я не міг доторкнутися рукою навіть до сухого черепа і тим менше мав можливості виконувати розтини”. Везалій вирішив здійснити небезпечну подорож до Палестини, яка закінчилася для нього трагічно, сумнівною нагодою виправдатися перед судом єзуїтів. Він не шукав захисту серед своїх вчених колег, які прагнули жити в покійному блаженстві, осяяному авторитетом Галена. Відомою втіхою Везалію могло служити те, що ще за його життя виходили твори різних авторів, які захищали його наукові погляди; решту довершив час. Ім’я Сильвія, попри відомі наукові заслуги, залишилося навіки згн’ябленим через складений ним памфлет; слава Везалія зміцнювалася з часом, і він по праву зайняв почесне місце в пантеоні титанів Відродження.

Література:

1. Дзевульська І. В., Маліков О. В. Значення творчості Андреаса Везалія для сучасної морфології. – Філософія релігії та медицини в постсекулярну добу. – Київ, 2023. – С. 134–135.
2. Дзевульська І. В., Маліков О. В. Творчість Андрія Везалія та її значення для сучасної анатомії. – Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку. – Любляна (Словенія), 2022. – С. 157–161.
3. Черкасов В. Г., Дзевульська І. В., Маліков О. В. Сучасні погляди на основні положення праці Андрія Везалія “Епитоме”. – Актуальні питання сучасної медицини: наукові дискусії. – Львів, 2013. – С. 104–107.
4. Черкасов В. Г., Дзевульська І. В., Маліков О. В. Якоб Сильвій – маловідомий вчитель видатного учня. – Теоретичні та практичні аспекти розвитку сучасної медицини. – Львів, 2013. – С. 85–87.
5. Черкасов В. Г., Маліков О. В. Андрій Везалій – творець сучасної анатомії. Південноукраїнський медичний науковий журнал, 2. – Одеса, 2013. – С. 45–47.

Лакуша Н. М.,

Київський національний університет будівництва і архітектури,
tasha.f8.best@gmail.com

СУЧАСНЕ СУСПІЛЬСТВО ТА МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я: ВИКЛИКИ ТА МОЖЛИВОСТІ

Ментальне здоров'я, безумовно, є складовою загального благополуччя. В сучасному світі, насиченому стресами та невпинними викликами, важливість його збереження та підтримання стає дедалі більш очевидним. Від відносин у сім'ї та роботи до впливу соціальних медіа та глобальних криз – наше

ментальне здоров'я піддається постійному тиску. Проте, знання, розуміння та практика допомагають нам перетворити ці виклики на можливості для особистого зростання та гармонії. Перше, що варто зрозуміти, це те, що ментальне здоров'я – це не статичний стан, а процес, що постійно змінюється. Воно включає в себе не лише відсутність психічних захворювань, а й здатність адаптуватися до стресу, розв'язувати проблеми, підтримувати здорові відносини та розвивати внутрішню силу.

Одним із способів досягнення ментальної гармонії є зосередження на своїх потребах та відпочинку. Навіть короткі перерви від щоденної суєти можуть зарядити енергією та підвищити продуктивність. Регулярна фізична активність та збалансоване харчування також грають важливу роль у збереженні психічного здоров'я.

Для багатьох людей спілкування та підтримка від рідних та друзів стають ключовим елементом психічного благополуччя. Ментальне здоров'я часто підтримується через емоційну підтримку та вміння спілкуватися і розуміти інших людей. Також важливою є практика свідомого сприйняття моменту, відмова від суджень та усвідомлення власних думок та почуттів. Медитація, йога та інші техніки релаксації можуть допомогти знизити рівень стресу та покращити загальний стан психіки.

У світі, де стрес та тривога стають нормою, дбайливе ставлення до свого ментального здоров'я є важливим завданням. Шлях до гармонії може бути складним, але він вартий зусиль. Від впорядкування думок до розвитку емоційної інтелігентності, кожен крок у напрямку ментальної гармонії принесе нам більше радості, спокою та задоволення у житті.

Вирішення проблем ментального здоров'я може бути складним, проте воно можливе завдяки цільовим і систематичним діям. Розглянемо шляхи, які можуть допомогти підтримувати ментальне здоров'я. Один з найефективніших способів вирішення проблем ментального здоров'я - це консультація психіатра, психолога чи іншого кваліфікованого фахівця. Вони можуть надати експертну підтримку, діагностувати проблему і розробити індивідуальний план лікування. Різноманітні форми психотерапії, а саме групова терапія, когнітивно-поведінкова терапія або психоаналіз можуть допомогти людям з проблемами емоційного та психічного характеру. Такі методи допомагають зрозуміти власні почуття, змінювати певні аспекти поведінки та знаходити конструктивні шляхи вирішення проблем.

Одним із важливих елементів є соціальна підтримка. Родина, друзі та спільнота можуть забезпечити цінну підтримку в процесі вирішення проблем ментального здоров'я. Спілкування з близькими, участь у групах підтримки чи співпраця з різними організаціями можуть полегшити важкість переживання.

Також потрібно дотримуватися здорового способу життя. Регулярна фізична активність, збалансоване харчування, відпочинок і релаксація, а також відмова від шкідливих звичок, таких як вживання алкоголю та наркотиків, можуть позитивно впливати на ментальне здоров'я. Важливо займатися самопізнанням і саморозвитком. Практики, які сприяють саморефлексії, медитації, розвитку емоційної інтелігентності та вдосконаленню особистості можуть допомогти зрозуміти себе краще та забезпечити більшу емоційну

стабільність.

Важливо пам'ятати, що кожна людина унікальна, тому вирішення проблем ментального здоров'я може вимагати індивідуального підходу. Це процес, який може займати час та потребує зусиль, проте результати, які він може принести, безцінні для загального благополуччя та якості життя.

Ментальне здоров'я є надзвичайно важливим аспектом нашого життя, що впливає на наше загальне благополуччя і якість життя. На основі розглянутих шляхів вирішення проблем ментального здоров'я можна зробити кілька висновків:

- Кожна людина унікальна, тому вирішення проблем ментального здоров'я потребує індивідуального підходу. Важливо виявляти та використовувати ті методи, які найбільше відповідають конкретній ситуації та особистості.

- Ефективне вирішення проблем ментального здоров'я часто включає в себе комбінацію різних методів, таких як психотерапія, медитація, соціальна підтримка та зміни у способі життя. Комплексний підхід дозволяє максимально збільшує шанси на успіх.

- Звернення уваги на своє ментальне здоров'я не лише у випадку виникнення проблем, але й на етапі їх запобігання є надзвичайно важливим. Регулярне використання стратегій саморегуляції, підтримка власної емоційної стабільності та уникнення надмірного стресу можуть допомогти зберегти ментальне здоров'я на високому рівні.

- Процес вирішення проблем ментального здоров'я може бути складним і вимагати тривалого часу. Важливо бути стійким та терплячим, дотримуватися плану лікування та постійно шукати способи покращення свого стану.

В цілому, ментальне здоров'я вимагає постійної уваги, догляду та підтримки. Розуміння власних потреб, здатність шукати допомогу та відкритість до різних методів лікування є ключовими факторами в досягненні його гармонії та стабільності.

Література:

1. Всеукраїнської програми ментального здоров'я "Ти як?" – <https://www.howareu.com/>
2. Дослідження серед 11 країн світу. – URL: https://www.president.gov.ua/storage/j-files-storage/01/20/37/e4cceb98e0931a82caef695e1ef79a85_1694020372.pdf
3. Ментальне здоров'я: як подбати про себе? – URL: [HTTPS://PROZDOROVIA.IN.UA/STATTI/MENTALNE-ZDOROV-IA/](https://PROZDOROVIA.IN.UA/STATTI/MENTALNE-ZDOROV-IA/)
4. 5 кроків до покращення свого психічного здоров'я. – URL: [HTTPS://PHC.ORG.UA/NEWS/5-KROKIV-DO-POKRASCHENNYA-SVOGO-PSIKHICHNOGO-ZDOROVYA](https://PHC.ORG.UA/NEWS/5-KROKIV-DO-POKRASCHENNYA-SVOGO-PSIKHICHNOGO-ZDOROVYA)
5. Підтримка ментального здоров'я в часи війни. – URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovyva-v-chasy-viyny>

ОЦІНКА ЗМІН ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО САМОПОЧУТТЯ МЕШКАНЦІВ М.КИЄВА В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

В умовах воєнного часу особливої актуальності набувають дослідження проблеми здоров'я людини, що має комплексний, міждисциплінарний характер. Результати саме емпіричних соціологічних досліджень різних аспектів даної проблеми можуть становити інтерес для широкого кола фахівців.

Так, фахівці Інституту соціології НАНУ презентували результати проведеного у 2023 році опитування "Стресові стани населення України в контексті війни" [1]. О.Клименко досліджувала вплив війни на якість лікування та поширення соціально-небезпечних хвороб в Україні [2]. Основною метою дослідження І.Мажак було виявлення соціальних детермінант здоров'я українських біженок, що переїхали до Чеської Республіки [3].

Серед соціологічних досліджень проблеми здоров'я людини варто відзначити й інтерес до даної тематики в межах вивчення чинників соціальної напруженості киян та киянок, яке проводилося за ініціативи КНДУ "Науково-дослідний інститут соціально-економічного розвитку міста". Польовий етап дослідження тривав з 16 по 21 вересня 2023 року. Були опитані мешканці міста Києва віком від 18 років (N= 800). Стандартні відхилення при достовірних 95% співвідношенні змінних від 0,1:0,9 до 0,5:0,5 складають 2,1-3,6%. Метод отримання інформації: онлайн опитування (Computer Assisted Web Interviewing) з використанням технології RatingBot, із запрошенням респондентів до участі в опитуванні у месенджерах Telegram та Viber, на основі випадкової вибірки мобільних телефонних номерів. Обробка інформації здійснена за допомогою IBM SPSS Statistics [4].

Оцінки киян та киянок щодо змін різних аспектів свого життя протягом останніх 12 місяців, включали і питання присвячені безпосередньо змінам фізичного та психологічного самопочуття: респонденти мали можливість оцінити їх покращення або погіршення, а також відзначити відсутність змін. Варто наголосити, що респондентам було запропоновано оцінити ці зміни не з початку повномасштабного вторгнення на територію нашої держави, а за період з вересня 2022 року до вересня 2023 року. В даному випадку можна говорити про самооцінку самопочуття починаючи з моменту, коли після повномасштабного вторгнення пройшло півроку, сповнених викликів, що потребували швидкої та болісної адаптації.

Більше половини респондентів відзначили істотне або часткове погіршення психологічного самопочуття протягом останніх 12 місяців. І хоча більшість респондентів (44,3 %) зазначили, що протягом останніх 12 місяців їх фізичне самопочуття не змінилося, але все ж таки 42,5 % заявили про погіршення фізичного самопочуття (Див. Табл. 1).

Таблиця 1.

Оцінка змін самопочуття мешканців міста Києва з вересня 2022 до вересня 2023 року, %

	Істотно погіршилося	Дещо погіршилося	Не змінилося	Дещо покращилося	Істотно покращилося	Важко відповісти
Психологічне самопочуття	17,1	35,9	32,4	3,6	1,1	9,9
Фізичне самопочуття	12,1	30,4	44,3	2,8	0,8	9,8

В результаті дослідження зафіксована статистично значуща різниця в оцінках змін як фізичного самопочуття ($p < 0,005$), так і психологічного самопочуття ($p = 0,000$) у мешканців та мешканок Києва. Жінки схильні більшою мірою відзначати негативні зміни у своєму як фізичному, так і психологічному самопочутті. Про погіршення свого фізичного самопочуття заявили 46,0% опитаних жінок і 38,4% респондентів-чоловіків, відзначили, що їх психологічне самопочуття дещо погіршилося та істотно погіршилося 57,2% жінок та 48,0% чоловіків, які взяли участь в анкетуванні. Варто зауважити, що не зафіксовано статистично значущої різниці у оцінці змін свого фізичного самопочуття за період з вересня 2022 до вересня 2023 року серед різних вікових груп респондентів ($p > 0,05$). При цьому результати попередніх досліджень свідчать, що найтісніший зв'язок із самооцінкою стану здоров'я має саме вік [5].

Можна говорити про наявність певної тенденції щодо різниці в оцінці змін психологічного самопочуття серед різних вікових груп ($p < 0,05$). Найбільш розповсюдженою оцінкою змін психологічного самопочуття для вікових груп 18-29 та 30-45 років виявилася відповідь "дещо погіршилося", тоді як респонденти 46-59 років та ті, хто старше 60 років найчастіше відзначали, що за останні 12 місяців їх психологічне самопочуття не змінилося. До того ж представники старшої вікової групи (60+) схильні меншою мірою відзначати погіршення свого психологічного самопочуття (Див. Табл 2).

Таблиця 2.

Оцінка змін психологічного самопочуття представників різних вікових груп мешканців міста Києва з вересня 2022 до вересня 2023 року, %

Психологічне самопочуття	Вік респондента			
	18-29 років	30-45 років	46-59 років	60+ років
Істотно погіршилося та дещо погіршилося	55,7	58,5	52,6	42,7
Не змінилося	25,6	28,4	36,3	41,5
Дещо покращилося та істотно покращилося	5,9	5,1	2,5	5,3
Важко відповісти	12,8	8,1	8,4	10,5

Безумовно, масові опитування під час воєнного часу мають цілий ряд особливостей, що може викликати суперечки щодо інтерпретації їх результатів. Проте досить перспективним, зважаючи на наведені результати, може виявитися дослідження особливостей рутинізації небезпеки у різних вікових групах та вивчення проблеми особливостей гендерних ролей в умовах воєнного часу.

Література:

1. Стресові стани населення України в контексті війни. – URL: https://ratinggroup.ua/files/ratinggroup/reg_files презентац_я-стресов_стани-fin.pdf
2. Клименко О. Взаємозв'язок динаміки поширення соціально-небезпечних хвороб із соціальними нерівностями та умовами воєнного часу в Україні. – URL: <https://doi.org/10.15407/sociology2023.02.143>
3. Мажак, І. Соціальні детермінанти здоров'я українських біженок у Чеській Республіці. – URL: <https://doi.org/10.18523/2617-9067.2023.6.60-71>
4. Нечушкіна О. Дмитрук Н. Вивчення настроїв киян та киянок в умовах воєнного стану: проблеми та перспективи соціологічних досліджень. – URL: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-348-7-8>
5. Мазай Д. Вплив соціальної нерівності на здоров'я українського населення (за даними масиву European Social Survey, 2012). – URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/16766>

Турчин М. Я., Павлов Ю.В.,

Київський національний університет будівництва і архітектури,

КНУ імені Тараса Шевченка,

mariturchinet@gmail.com, yuripavlov@knu.ua

ФІЛОСОФСЬКЕ РОЗУМІННЯ САМОРЕАЛІЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ ЯК УМОВИ ЇЇ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

Однією з цікавих і одночасно складних проблем, що актуалізувались нині в рамках сучасної соціальної філософії є проблема самореалізації особи, з'ясування її специфіки, основних чинників, що зумовлюють і визначають це явище. Даний феномен вже достатньо давно привертає увагу фахівців різних галузей знання, передусім соціогуманітарного спрямування – психологів, соціологів, політологів, мистецтвознавців тощо. Водночас, досліджень власне філософського характеру по цій темі небагато. Потребують подальшої розробки і теоретичного обґрунтування питання про співвідношення понять “життєдіяльність” і “самореалізація”, структуру і основні етапи самореалізації особи, типологію характеристик цього процесу та ін. Важливого значення ці моменти набувають при розгляді самореалізації як умови і необхідного компоненту всебічного гармонійного розвитку особистості, розкриття її духовного та фізичного потенціалу через соціокультурну взаємодію, як одного з визначальних факторів її ментального здоров'я.

В найбільш загальному розумінні, самореалізація – це самопроявлення особою свого “Я” у просторі і часі, своєрідне внесення себе у навколишній світ, розкриття потенцій і можливостей, властивих саме даному суб’єкту, окреслення власного сліду в житті інших людей. Вона має складну структуру і вирізняється процесуальністю. Впродовж всього життя особа реалізує себе, віддаючи іншим частинку власного “Я”, творить нове або репродукує існуюче так, як це здатна зробити лише вона. В такий спосіб світ постійно поповнюється новою фізичною і соціальною енергією, ідеями і почуттями, досягненнями матеріальної і духовної культури.

Людина самореалізує себе, дуже часто навіть не усвідомлюючи це. Світ найближчого оточення людини – і матеріальний і духовний – багато в чому є продуктом її особистої життєдіяльності, результатом втілення власних мрій, бажань, планів. Самореалізація відбувається тут сама собою, без акцентування уваги на сутнісні характеристики цього феномену. Вона проявляє себе як складова життя людини, невід’ємний його компонент. Водночас існують ситуації, періоди, етапи, коли самореалізація набуває вираженої означеності і заради її здійснення особа максимально концентрує свої волю, розум, почуття. Це має місце тоді, коли індивід ставить перед собою цілі, досягнення яких є для нього важливим і значимим етапом утвердження себе в світі. При цьому зовсім не принципово який зміст і спрямованість вони мають. На перший план висувається їх роль, цінність для суб’єкта. Навіть за умови, що для інших людей вони є звичайними, буденними, рядовими. Самореалізація – це завжди творення особою певного смислу, наповнення ним власного життя. Сутнісна ознака даного феномену – розкриття суб’єктом свого потенціалу, прояв на практиці задатків і здібностей, вміння досягати бажаного, збагачувати себе і довкілля новими зверненнями. Через самореалізацію особа відкриває власне “Я” світу, демонструє не лише свої можливості і бажання, а й зусилля по їх опредмеченню. Кожен з нас самореалізує власний внутрішній потенціал, який у своїй лівій частці формується через механізми соціалізації. При цьому, звичайно, неабияку роль відіграють і біологічно успадковані характеристики, в першу чергу задатки. Самореалізація – це рух з двостороннім напрямом. Відкриваючи себе світу, опредмечуючи власні знання і досвід, ми водночас збагачуємось знаннями і досвідом, які накопичили інші люди. Якщо таке збагачення не відбувається, індивід вичерпує в самореалізації свій потенціал і зупиняється в розвитку.

Тому самореалізація – це постійний, неперервний процес. Вона охоплює всі сфери людського життя і заявляє про себе самими різноманітними формами. Суттєво важливу роль в цьому процесі відіграє набір основних і другорядних умов та параметрів, під дією яких він здійснюється. Класифікувати їх надзвичайно важко, передусім в силу неможливості виділення якогось одного критерію класифікації. До чинників зовнішнього характеру тут належать тип соціально-політичного устрою суспільства, економічні умови його буття, рівень демократизації, стан розвитку культури та ін. Серед чинників внутрішнього спрямування значимими є потреби та інтереси людини, знання, якими вона володіє, особистий досвід, вольовий потенціал, світогляд та ін. Особа самореалізує себе завжди в абсолютно конкретних рамках її суспільного та індивідуального буття. Найоптимальніші умови самореалізації

існують тоді, коли має місце гармонія та узгодженість потреб та інтересів соціуму (у різноманітних варіантах його прояву) та, власне, бажань і прагнень самого індивіда. Суспільний прогрес неможливий без прогресу на рівні кожної особистості. А останній є нічим іншим як максимально повною реалізацією індивідом свого потенціалу. У суспільства просто немає іншого шляху ніж створення необхідних умов для цього.

Означені фактори є визначальними для нормального духовного і фізичного розвитку індивіда, його психологічної і психофізичної гармонії зі світом і самим собою, тобто, з тими концептуальними параметрами, які за класифікацією ВООЗ є ознаками ментального здоров'я індивіда. На жаль, сучасний стан функціонування українського суспільства, умови життєдіяльності як конкретних людей, так і всього соціуму в цілому різко контрастують з поняттями гармонійності, психологічної та психофізичної стійкості, духовного саморозвитку. Різке зростання кількості негативних чинників, передусім, зовнішнього характеру (війна, втрата близьких, вимушена евакуація чи переселення до більш безпечних регіонів, постійна загроза обстрілів чи ракетних ударів тощо), і, разом з тим, внутрішнього (психічна нестійкість, дратівливість, агресивність, або навпаки – гальмування психофізичних реакцій, психологічне дистанціювання від проблем, особистісна “втеча від реальності”) унеможливають досягнення та підтримку належного рівня як фізичного так і ментального здоров'я.

Водночас, варто зауважити, що самокритична оцінка суб'єктом свого внутрішнього потенціалу, зовнішніх параметрів та можливостей його розкриття, а також власних потреб та інтересів – необхідна передумова розумно вибудованої стратегії самореалізації, навіть в нинішньому стані постійного внутрішнього стресу та тривожності, які є, на жаль, вже постійними супутниками нашого життя. Успіх приходить до тих, хто гарно знає власні можливості і адекватно оцінює умови, в яких відбувається самореалізація, вміло співвідносить найближчі і перспективні цілі свого самозростання і, активно використовує продуктивні шляхи і засоби покращення як особистісного ментального здоров'я, так і рівня свого життя в цілому.

Шевченко С. Л.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
ex.theology@gmail.com

ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ДУХОВНОСТІ Й ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В ЕКЗИСТЕНЦІАЛЬНОМУ ПСИХОАНАЛІЗІ В. ФРАНКЛА ТА А. ЛЕНГЛЕ

Екзистенціальний психоаналіз, намагаючись стати засобом для трансформації людини в напрямку до психічного здоров'я і повноцінного буття, переважно, запозичує ідею внутрішньої інтенційності конкретного людського існування (“екзистенції”). Безпосередньо ідею інтенційності (запозичену з феноменологічного екзистенціалізму) подибуємо в гуманістичному психоаналізі В. Франкла.

Віктор Франкл мав безпосередній екзистенціальний досвід перебування на межі життя і смерті, коли в 1942 році з дружиною та батьками потрапив до концтабору Терезієнштадт. Втрата рідних йому людей (його батьків було знищено в Аушвіці, а дружина померла у таборі Берген-Бельзен), перебування в Аушвіці й Дахау стали тим трагічним досвідом, який ліг в основу його праць “Людина у пошуках справжнього сенсу: психолог у концтаборі” (1946), “Пошуки людиною остаточного сенсу і спогади: Автобіографія” (1997). Унікальний досвід виживання в умовах фашистського концтабору В. Франкл застосував на практиці після звільнення. Основним психологічним чинником адаптації та виживання в жорстких умовах концтаборів смерті була турбота в'язнів один про одного або про інших людей. Особливо значущим фактором для адаптації ця турбота ставала тоді, коли піднімалася до рівня сенсу життя [3].

Сам австрійський психіатр вважав, що “сутність людини включає в себе її спрямованість назовні ...” [3, с. 100]. Таке тлумачення сутності людини спрямоване проти традиційного гносеологічного підходу, де людина перш за все виступає в ролі суб'єкта, як щось автономне по відношенню до зовнішнього об'єкта. Згідно Франкла, первісна ознака буття свідомості є її співприсутність з іншим сущим. Або інакше: “духовне суще реалізує себе в співприсутності, і ця співприсутність духовно сущого є його одвічною здатністю, його власним первісним надбанням” [3, с. 95]. Тобто, така інтерпретація духовності (свідомості) передбачає відмову від попереднього її розуміння у вигляді “вмістилища” для відповідних (попередньо існуючих) якостей чи ознак.

В. Франкл, багато в чому спираючись на ідеї “класиків” екзистенціалізму, розробив власну психологічну (багато в чому – філософську) теорію, яка отримала назву “логотерапії” і, запозичуючи метод екзистенціального аналізу, спробував пристосувати його до потреб створення нової екзистенціалістської за своєю сутністю прикладної філософії психологічних наук [2, с. 78]. Складовими логотерапії В. Франкла стали концептуальні положення екзистенціалістської онтології абсурду (А. Камю, Ж.-П. Сартр), концепти відчаю як “хвороби до смерті” (С. К'єркегор, М. Гайдеггер) та втрати надії (Г. Марсель) тощо.

Зрештою, на відміну від екзистенціалізму, який за “фундаментальний проект” людського буття вважав здатність людини неантизувати світ, її інтенційну свободу, В. Франкл наполягає на тому, що основна інтенційна здатність людини пов'язана з її зверненням до смислу, сенсу буття і до цінностей, що потребують реалізації. На відміну від тварини, людина живе ідеалами і цінностями. Якраз цю сутність людського буття і виражає поняття “самотрансценденції”.

Франкл же застерігає проти двох небезпек, які викривляють інтенційну спрямованість людини до цінностей буття. Одна з цих небезпек надходить із психоаналітичного підходу, який акцентує увагу на внутрішніх переживаннях суб'єкта і внаслідок цього нехтує об'єктивними обставинами. Аналітико-динамічна теорія витлумачує людину як таку, що зумовлена своїми потягами і націлена на задоволення їх. Однак завдяки цьому відбувається як деперсоналізація індивіда (оскільки втрачається його духовний вимір), так і дереалізація світу (оскільки зовнішні обставини начебто відіграють значно

меншу роль, ніж глибинні психічні чинники). Поряд з цим відбувається і певна релятивізація світу значень і цінностей, оскільки дереалізація зачіпає і ціннісну сферу.

Інша небезпека полягає в тому, що людина більше звертає увагу на предмет інтенційного акту, а не на саму інтенційну спрямованість. У випадку, коли надається абсолютного значення зовнішнім аспектам психічного задоволення, ми стикаємося з тим, що зовнішня мета втрачає свій статус мети і перетворюється на засіб. Коли людина понад усе ставить щастя, насолоду, успіх тощо, результат буває зворотнім. Франкл з цього приводу зазначає, що “самоздійснення, реалізацію можливостей не можна уявляти собі як самоціль. І тільки людині, що втратила справжній смисл свого життя, здійснення себе бачиться не ефектом, а метою” [3, с. 120].

“Не знаючи ані того, що їй потрібно, ані того, що вона мусить, людина, схоже, втратила чітке уявлення про те, чого ж вона хоче. У підсумку вона або хоче того ж, що й інші (конформізм), або робить те, що хочуть від неї інші” [цит. за: 2, с. 80], – описував він психологічний стан сучасного для нього суспільства, продукуючи таке поняття своєї концепції як “екзистенційний вакуум”. Власне кажучи, як слушно зауважує Г. Д. Омелаєнко, вже тут йшлося про кризу ідентичності [2, с. 80].

“Втрата смислу існування, на думку В. Франкла, викликала в західному суспільстві і новий тип неврозу – “ноогенний невроз”. У своїй праці “Лікар і душа” він пише про те, що до психотерапевтів люди починають дуже часто звертатися з такими проблемами, які насправді повинні ставитися перед священником. При цьому чим економічно могутнішою, чим більш розвиненою є держава, у якій це відбувається, тим більше суспільство у цій державі страждає від проблем такого роду, тим більш поширеним там є духовні пошуки особи як вияв психопатологічної симптоматики. В результаті, на його думку, “психіатри часто опиняються в скрутній ситуації: вони стикаються швидше з людськими проблемами, аніж з клінічними симптомами” [цит. за: 2, с. 80].

Розвиваючи ідеї С. К’єркеґора, В. Франкл торкається також проблеми духовності, занепад якої він пов’язує із втратою сенсу буття. У своїй психотерапевтичній практиці В. Франкл прагнув протиставляти психічну хворобу і духовні негаразди, психофізичні (душевні) стани і духовне, волю індивіда до здобування власного сенсу і дотримання. Відповідальність та свідомість виступають за В. Франклом аспектами духовності в екзистенції. У своїх працях В. Франкл не втомлюється повторювати, що його екзистенціальний аналіз – це не аналіз екзистенції. Він є експліцією екзистенції. Сама екзистенція, на його думку, експлікує, розкриває себе, розвертається в процесі життя [2, с. 83]. “Для самого В. Франкла, як доводить Г. Д. Омелаєнко, екзистенціальний аналіз виступає своєрідною “терапевтичною антропологією”, що передує будь-якій терапії, зокрема і психотерапії, підтверджуючи роль своєї концепції як певної філософії психології. Саме тому, на його думку, завдання екзистенціального аналізу полягає у тому, щоб зробити усвідомлюваним неусвідомлений, імпліцитний образ людини, що створюється психотерапевтом, і здійснюється це для того, щоби його експлікувати, розгорнути, розвинути” [2, с. 84]

Альфрід Ленгле, австрійський психолог, психотерапевт, який на ос-

нові логотерапії та логоаналізу В. Франкла продовжує розробляти новий напрям у психотерапії, що отримав назву екзистенціальний аналіз, у своїй доповіді “Духовність і екзистенція” наголосив, що Франкла називають адвокатом духовності в психотерапії. Як доводив доповідач, для В. Франкла екзистувати означає духовно перебувати в світі. Неусвідомлену релігійність В. Франкл хотів перетворити в усвідомлену, коли Бог виступає слухачем в цій інтимній розмові. Бог виступає найінтимнішим партнером в спілкуванні людини з самою собою. Франкл, як вважає А. Ленгле, прагне прояснити зв'язок віри з психологією завдяки поняттям туга і любов, які відповідно співвідносять із поняттями трансцендентність та інтимність (спрага людини передбачає наявність десь води, отже спрямованість до Бога закладена в самій природі людини). Тому парадокс Бога полягає одночасно в абсолютній трансцендентності і абсолютній інтимності (бо Бог максимально віддалений і водночас максимально наближений). Для В. Франкла і А. Ленгле несвідома релігійність – духовне, а духовна реальність відкривається в усій нашій екзистенції. Що ж таке духовність? – запитує А. Ленгле. Щоб відповісти на це питання він зазначає, що “духовність – від слова Дух”, а “слово сказане мною і його розуміння Вами – це вже духовність”, пропонуючи також зупинитись на трьох її характеристиках. Духовне означає: 1) осягати зміст, 2) виявляти глибину, 3) бути залученим.

Духовність, за визначенням А. Ленгле, – глибинна причетність (залученість, включеність) до незбагненої величчі (величчі навколо мене і в мені одночасно). Духовність є феноменологічною здатністю людини. Практика духовності, на думку вченого, включає: 1) спонтанне духовне переживання, 2) феноменологічне відкриття, 3) медитацію (дух досягає стану спокою), 4) особливу внутрішню зосередженість (увагу). А. Ленгле, розвиваючи ідеї Франкла, стверджує, що духовність впливає на психічне здоров'я. Схематичне відображення взаємозв'язку духовності та екзистенції А. Ленгле навів на одному зі слайдів презентації, яка супроводжувала його доповідь (див. фото: Духовність і екзистенція (доповідь А. Ленгле) [1]): людина знаходиться в центрі острову буття – острів буття є сферою екзистенції – межі кола навколо острову буття є береговою лінією духовності. В центрі кола і острову буття перехрещуються дві осі (тобто в центрі, де знаходиться людина), утворюючи чотири вершини на береговій лінії духовності: 1) світ, 2) життя, 3) буття самості (бути собою), 4) контексти й сенс.

Отже, екзистенціальний психоаналіз В. Франкла й А. Ленгле вкотре доводить безпосередній зв'язок між духовністю та психічним здоров'ям людини, а нинішній занепад духовності – із втратою сенсу буття. Лише примат звернення до смислу, сенсу буття і до цінностей, що потребують реалізації, над “принципом задоволення”, примат “бути” над “мати”, на думку В. Франкла й А. Ленгле, здатен відновити екзистенціальне підґрунтя світу, життя, релігії та власної самості, тобто заповнити “екзистенційний вакуум”, подолати “екзистенційну фрустрацію” та вилікувати “ноогенні неврози”.



Фото: Духовність і екзистенція (доповідь А. Ленгле) [1].

Література:

1. Духовність і екзистенція – доповідь Альфрида Ленгле. – URL: <http://christian-psychology.org.ua/christianpsychology/4563-duhovnst-ekzistencya-dopovd-alfrida-lengle.html>
2. Омелаєнко Г. Д. Екзистенціальна психологія як феномен пост-екзистенціалістського мислення (історико-філософський аналіз) / Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата філософських наук зі спеціальності 09.00.05 – історія філософії. Слов'янськ, 2007. – 156 с.
3. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у конц-таборі [пер. з англ. О. Замойська]. – Х.: КСД, 2020. – 160 с.

**Секція IV.
РЕЛІГІЯ ТА КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА**

**Anatoliy Y. Vermenko,
Osunkoya K. E. Ifeoluwa,**
Bogomolets National Medical University,
tomcossack1648@ukr.net, ifeoluwaosunkoya03@gmail.com

**DEVELOPMENT OF TRADITIONAL MEDICINE IN AFRICA:
PHILOSOPHICAL AND RELIGIOUS TRENDS INTERACTION**

Before the establishment of science-based medicine, “traditional medicine was the dominant medical system for millions of people in Africa. The arrival of Europeans was a noticeable turning point in the history of ancient traditional cultures” [5]. Modern scientific medicine is successful in most developed countries, but it doesn't have the same positive impact on many of underdeveloped African countries. The Western practices can make an impact on many health care practices, and yet it cannot integrate wholly into the African culture and society. This makes the traditional African practitioners a vital part of their health care system. There are many reasons why the Western medical system has not been as effective in Africa as it has in more developed parts of the world. Hospitals and medical facilities are difficult for many Africans to get to. With vast areas of land and poor road and transportation systems, many native Africans have to travel immense distances on foot to get medical help. Once they arrive they are often required to wait for up to 8 hours in the queue, especially in urban areas. The lack of clinics and resources cause over-crowding and patients are often not told the cause of their illness or sufficient information about it, so they have no way to prevent it or prepare for possible consequences. The technologies and equipment used are usually of poor quality, which impairs the quality of treatment. Modern medicine can also be too expensive for an average African to afford, making it difficult for them to receive proper care. Finally, modern medicine alienates native Africans from the cultural tradition of spiritual healing and forces them into a setting that they are not comfortable with, away from their families and tribes which are of utmost importance to them [1].

During Colonial era, official European medical science considered methods of traditional African medicine to be primitive, backward and pagan, so tribal diviners-healers were outlawed as practitioners of witchcraft and magic by the colonial authorities and Christian clergy, which led to the war or crusade against many aspects of the indigenous culture that were seen as witchcraft. During this time, attempts were also made to control the sale of herbal medicines. Nearly the same attitude was practiced by later communist regimes. As for example, “after Mozambique obtained independence in 1975, attempts to control traditional medicine went as far as sending diviners-healers to re-education camps” [5]. Colonial administration and later Soviet-supported state leaders built many general or public hospitals, in which the scientific style medicine was practiced, and Christian missionaries built private hospitals, with the hopes of making headway

against widespread diseases. Little was done to investigate the legitimacy of traditional African medicine teachings and practices, as most foreigners believed them to be just superstitious and so easily fixed or replaced by inheriting Western or Soviet methods of diagnostics and treatment. During post-colonial times of regional ethnical and political conflicts, native population was most likely to call on the supernatural realm aid and because of these tribal diviners-healers frequently got some political authority. Consequently, state power representatives feel and act hostile towards them. Based on this, state supported doctors and health practitioners have, in most cases, use this tendency to continue or even increase shun and suppress traditional practitioners despite their contribution to meeting the basic health needs of the population [2].

In recent years, the treatments and remedies used in traditional African medicine have gained more appreciation from researchers in science. Developing countries have begun to realize the high costs of modern health care systems establishments and personnel upkeep, pharmacies, instruments and technologies required for it. Due to this, interest has recently been expressed in integrating traditional African medicine into the continent's national health care systems. This concept was embraced by making a 48-bed hospital, the first of its kind, in Kwa-Mhlanga, South Africa, which combines traditional methods with homeopathy, iridology, and other western healing methods, even including some traditional Asian medicine. The traditionalist oriented politics also publically support the opinion, that the highly sophisticated technology involved in modern medicine, which is beginning to integrate into Africa's health care system, could possibly destroy Africa's deep-seated cultural values.

African traditional medicine existed for many thousands of years and currently exists in different forms ranging from indigenous tribal therapeutic herbalism, proto-surgery traumatic healing, midwives practice tradition, up to "spiritual healing" activity of Ngai diviners, Yoruba clergy, Voodoo cultists and so on. Practitioners of traditional African medicine claim themselves and are believed by majority of native population to be able to not only healing simple wounds and burns, but as well to cure various and diverse conditions such as high blood pressure, epilepsy, asthma, eczema, fever, anxiety, depression, benign prostatic hyperplasia, cholera, most venereal diseases, psychiatric disorders, urinary tract infections, gout, and even cancer, HIV/AIDS or Ebola (with doubtful proves of the later).

For traditional medicine users, diagnosis is made not only by physical conditions examination, but also by spiritual means of analyzing nervous and psychical conditions and reasons of patients' injuries, often associated with "curses" of angry sprits or hostile witches and shamans. "The prescribed treatment usually consists of herbal remedy consumption, which is considered to have not only healing abilities but also symbolic and spiritual significance. Traditional African medicine believes that illness is not derived from chance occurrences, but through spiritual or social imbalance, and so differs greatly from modern scientific medicine, which is technically and analytically based. The enduring popularity of traditional medicine is supported not only by great traditionalism and mental stubbornness of rural and city slums population, but also by the fact, that even in the 21st century modern medical diagnostic and healing procedures, as well as industrially

produced pharmaceutical substances, remain inaccessible to large numbers of African people due to their relatively high cost and concentration of hospitals and modern pharmacies trade centers in large cities or ports, access to which is denied by both transport problems and continuous military conflicts in most regions” [5].

“The diagnoses and chosen methods of treatment in traditional African medicine rely heavily on spiritual aspects, often based on the belief that psycho-spiritual aspects should be addressed before physiological medical aspects” [5]. In African culture, it is believed that “nobody becomes sick without sufficient reason” [3]. Traditional practitioners look at the ultimate “who” rather than “what” when locating the cause and cure of an illness, and the answers given come from the cosmological beliefs of the people “rather than looking for the medical or physical reasons of the illness. Traditional healers attempt to determine the main root of the disease, which is believed to stem from a lack of balance between the patient and their social environment or the spiritual world” [5], not due to purely natural causes. Natural causes are, in fact, not seen as natural at all, but as manipulations of spirits or the gods. For example, sickness is sometimes said to be attributed as punishment for guilt of the person, family, or village for a sin or moral infringement. The illness, therefore, would stem from the displeasure of the gods or god, due to an infraction of universal moral law. “According to the type of imbalance the individual is experiencing, an appropriate healing plant will be used, which is valued for its symbolic and spiritual significance as well as for its medicinal effect” [5].

“Traditional practitioners use a wide variety of treatments ranging from “magic” to biomedical methods such as fasting and dieting, herbal therapies, bathing, massage, and surgical procedures. Migraines, coughs, abscesses, and pleurisy are often treated using the method of “bleed-cupping” after which an herbal ointment is applied with follow-up herbal drugs. Animals are also sometimes used to transfer the illness while manufacturing medicines for zoo therapy. Some cultures also rub hot herbal ointment across the patient’s eyelids to cure headaches. Malaria is treated by both drinking herbal mixture and using the steam from it. Fevers are often treated using a steam bath. Also, vomiting is induced, or emetics, in an attempt to cure some diseases, first of all alcoholism. Benin natives have been known to use the fat of a boa constrictor to allegedly cure gout and rheumatism, and it also is thought to relieve chest pain when rubbed into the skin. Within South Africa some examples of zoo therapy are the utilization of the bones of baboons as a treatment for arthritis, or the rubbing of the terpenoids of the blister beetle (*Mylabris* sp.) into the skin as a treatment for skin diseases. Approximately 60%-80% of people in Africa rely on traditional remedies to treat themselves for various diseases. A recent systematic review estimated that close to 60% (58.2%) (4.6%-94% in different regions) of the general population in sub-Saharan Africa use traditional and complementary medicine product. A large percentage of people in South Africa also rely on traditional remedies to treat their animals for various diseases. Ebola survivors in Sierra Leone have recently been reported to use traditional and complementary medicine alone or together with conventional medicine” [5]. The hope to find a cure for Ebola or Marburg virus infections has been unsuccessful up to now. However, this problem is also true for modern medicine.

In African cultures, the act of healing is considered a religious act [4]. Therefore, the healing process often attempts to appeal to god because it is ultimately god who can not only inflict sickness, but provide a cure. Africans have a religious world view which makes them aware of the feasibility of divine or spirit intervention in healing with many healers referring to the supreme god as the source of their medical power. For example, "the Kung people of the Kalahari Desert, who still try to cure illness by performing a tribal dance, believe that the great god Hishe created all things and, therefore, controls all sickness and death. Hishe bestows mystical powers for curing sickness on medicine men, presenting himself in dreams and hallucinations. As this god is generous enough to give his power to the medicine men for free, they are expected to practice healing freely, which is opposed to high salaries of Western doctors. Some healers may employ the use of charms, incantations, and the casting of spells in their treatments" [5]. The dualistic nature of traditional African medicine between the body and soul, matter, and spirit and their interactions with one another are also seen as a form of magic. Using charms and amulets to cure diseases and illnesses is an uncertain and clouded practice that requires more scientific investigation.

Africa is endowed with many "plants that can be used for medicinal purposes and traditional healers have taken full advantage of this. In fact, out of the approximated 6400 plant species used in tropical Africa, more than 4000 are used as medicinal plants. Medicinal plants are used in the treatments of many diseases and illnesses, and their healing abilities, ways of use and possible side effects of application are of growing interest to western societies" [5]. In traditional medicine those plants often have symbolic, magical and spiritual significance. A small proportion of plants of ethnic human and veterinary medicine in South Africa "have been researched for toxic effects, mutagenic properties and heavy metal contamination. Serious adverse effects, even death, can result from misidentification or misuse of healing plants. For example, various aloe plants are widely used in tam, but some varieties, such as Aloe globuligemma, are toxic and can cause death. The potential for pharmacokinetic interactions of other herbal remedies is also largely unknown, especially interactions between traditional treatments and pharmaceutical antiretroviral drugs for HIV/AIDS. So, many countries governments claim the need for the collaboration of official medicine with traditional healers in order to determine the degree of safety for traditional herbal remedies and to educate people supplying alternative treatments against unsafe practices" [5]. As well it has been suggested that South African medical schools should review their curriculum regarding traditional, complementary and alternate medicines, especially the possible antiviral efficiency of them as cheap alternative for chemical antiretroviral drugs.

While the field of traditional medicine in Africa is often deeply embedded in cultural and indigenous knowledge, there may not be specific philosophers of medicine in the traditional Western sense. However, certain thinkers and scholars have explored the intersection of African philosophy, culture, and healing practices. The first Nigerian to perform modern medicine in his own country was Nathaniel King who studied in Kings College of London 1874. Latunde Odeku was the first neurosurgeon in Nigeria. (1927-1974). Dr. James Beale Africanus Horton contributed to environmental hygiene in Nigeria. John Mbiti, a Kenyan philosopher and theologian, explored African traditional religions and philosophy.

His work emphasizes the interconnectedness of life, the spiritual dimension, and the significance of community. Cheikh Anta Diop, a Senegalese historian and anthropologist, contributed to the understanding of African history and culture. His work often highlighted the holistic nature of African societies and their traditional healing practices. Ife Amadiume, a Nigerian feminist and philosopher, has explored gender dynamics in African societies. Her work delves into the roles of women, including their involvement in traditional healing practices. Tempels Placide, a Belgian missionary and philosopher, wrote “Bantu Philosophy,” attempting to understand the philosophical underpinnings of African cultures, including their views on health and illness. Molefi Kete Asante, an African-American philosopher, has contributed to the discourse on Afrocentrism. While being not focused solely on traditional medicine, his work explores African cultural identity and the importance of indigenous knowledge systems.

Література:

1. Ossy MJ Kasilo, Jean-Marie Trapsida, Chris Ngenda Mwikisa and Paul Samson Lusamba-Dikassa. An overview of the traditional medicine situation in the African Region. The African Health Monitor. Special Issue 14. 2010. P. 7-15. – URL: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/ahm-special-issue-14.pdf>
2. Frans Viljoen. International Human Rights Law in Africa. Second Edition. Oxford: Oxford University Press, 2012. 664 p.
3. Karen E. Flint, Jean Allman, Allen Isaacman. Healing Traditions: African Medicine, Cultural Exchange, and Competition in South Africa, 1820–1948. Ohio University Press, 2008. – URL: <https://www.jstor.org/stable/j.ctt1rfsp41>
4. Laurenti Magesa. African religion: the moral traditions of abundant life. Nairobi, Kenya: Paulines Publications Africa, 1998. 296 p. – URL: https://books.google.com.ua/books?id=raodBAAAQBAJ&pg=PT4&hl=ru&source=gbs_selected_pages&cad=1#v=onepage&q&f=false
5. Traditional African medicine. – URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Traditional_African_medicine

Мартиненко О. П.,

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича,
o.martynenko@chnu.edu.ua

ПСИХІАТРІЯ ТА РЕЛІГІЯ У ПОСТСЕКУЛЯРНИЙ ДІЙСНОСТІ СЬОГОДЕННЯ

Нещодавно мені до рук потрапив цікавий матеріал, присвячений аналізу місця психіатрії в сучасному постсекулярному світі [2]. Написали її медики – профільні спеціалісти у галузі психіатрії, клінічних медичних досліджень – Ріко Дамберг Ніссен, Фредерік Алкєр Гільдберг, Нільс Крістіан Хвідт.

Не зважаючи на вузький фах авторів можемо констатувати високий рівень їх загальнонаукової обізнаності. При чому дослідницький дискурс у них доповнюється не тільки філософською компетенцією, а й соціологічною, релігієзнавчою тощо. Саме дослідження було проведено доволі ретельним чином – методом наративного огляду. Це доволі трудомісткий метод¹, чия перевага в побудові зв'язків між різними методологічними підходами із подальшим синтезом отриманої інформації.

Зазначений матеріал привабив мене тим, що він підтверджує думки та прогнози, які свого часу висунув Ю. Габермас. Не так давно я звертав на них увагу в своїй спільній з О. Рупташ та Т. Радзиняк статті: “Місце та роль філософії науки в постсекулярному дискурсі” [1]. Коротко про них наступне.

Ю. Габермас у своїй програмній статті “Релігія у публічній сфері” доволі чітко асоціює науку зі світоглядними практиками сцієнтизму, натуралізму, секуляризму та номологізму. Таке уявлення описує традиційну для Модерну модель науки. Мета дискурсу, породженого цим уявленням, – визначати критерії істинності будь-якого знання, не зважаючи на релігію, ідеологію чи філософське вчення.

Перепонуою для секулярної науки, зазначає Ю. Габермас, тривалий час були релігії тоталітарного розуму, у межах яких вона була лише малозначущою частиною загального курсу. Зміна стану справ стала можливою завдяки трансформації засад організаційного ладу – переходу від принципу єдності до принципу відокремлення. Диференціальний підхід дозволив зруйнувати цілісність ладу старих релігій, побудувати нову архітектуру модерної культури, в якій “наука” стала тим, чим прагнула стати.

Історично процес диференціації у практичній сфері – зокрема тій частині, що стосується права на власність, – був позначений церковним терміном “секуляризація”. Коли у духовній сфері визріли номологічні ідеї, секулярний дискурс змістився з практичної площини у теоретичну, торкаючись окрім релігійних постулатів, філософських та мистецьких приписів. Боротьба з метафізикою та поява модерного мистецтва – частини зазначеного процесу.

Описаний Ю. Габермасом образ науки можна назвати актуальним або традиційним. Окрім нього, філософ розглядає гіпотетичний постсекулярний прототип науки, дискурс якого полягає в пом'якшенні тиску на релігії за умови збереження критичного курсу щодо метафізики. Також зауважимо, що на думку Б. Трейнора, постсекулярна концепція науки – це відображення спроб розв'язання “кризи легітимності” істини в західноєвропейському інтелектуальному та культурному просторі [3, р. 100].

Так ось, дослідження Р.Д. Дамберга, Ф.А. Гільдберга та Н.К. Хвідта демонструє ситуацію, коли модерна секулярна наука психіатрія потрапила у постсекулярну ситуацію і стала перед вибором: залишатися при своїй

¹ Автори так описують хід дослідження: “Пошук було проведено 4 листопада 2016 року. Було виявлено 2155 файлів. Файли були експортовані до менеджера цитувань, а дублікати файлів видалено (N = 12). Під час читання файлів на рівні 1 (Назва) ... було виключено 1988 файлів. Ще 155 статей прочитано на рівні 2 (Анотація), було виключено ще 123 статті. Решта статей (N = 32) були прочитані на рівні 3 (Весь текст). З них вилучено 19 статей на основі критеріїв включення контекстної різноманітності та різноманітності підходів. В результаті залишилися 13 статей...” [2].

модерній ідентифікації, продовжуючи антиметафізичне втручання у психіку пацієнтів; чи все ж такі інтегруватися у нову реальність, трансформувались у постсекулярну дисципліну?

Загалом, питання ідентифікації, втручання² та інтеграції – лише частина проблем, які дослідники поставили перед собою. Досліджуючи літературу за обраним тематичним напрямом, вони розкрили три інтертекстуальних центра спряження тем, що хвилюють наукову спільноту відносно місця психіатрії у постсекулярному світі: “Релігія в психіатрії (втручання, інтеграція та ідентичність)”, “Нейтральний психіатр”, “Мультикультурне середовище психіатрії та релігії”. Серед них зупинимось на першій – її цілком достатньо, щоб показати специфіку сучасного положення психіатрії серед стрімко плинного світу. Кому цікаві решта, рекомендуємо ознайомитися з повним текстом дослідження європейських психіатрів.

У введенні дослідники звертають увагу на те, що психіатрія як наука склалася в епоху Просвітництва. Мета засновників цієї дисципліни полягала в тім, щоб “створити світську ідентичність психіатрії, яка би чітко відрізнялася від релігії” [2]. Це цілком відповідає тому, про що пише Ю. Габермас – психіатрія мала бути типовою секулярною дисципліною, відокремленою від будь-якої метафізики, зокрема, релігії. Але “З другої половини 20 століття світ перебуває в процесі постколоніальної глобалізації, яка стала причиною того, що Захід намагається заново ідентифікувати себе в мультикультурному і плюралістичному світі” [там само]. Ця потреба, на думку дослідників, зумовила дрейф психіатрії до релігії. А це і є ситуація постсекулярності, бо автори розуміють постсекулярність як “переплетення світського і релігійного”.

В цей момент слушно звернути увагу на те, що Ю. Габермас передбачав виникнення постсекулярних різновидів науки. Дрейф психіатрії в цьому разі є цілком нормальним процесом, що мусить мати свій закономірний наслідок. Тим не менше, він влаштовує не всіх – світське суспільство явно не було готове пасти жертвою диференціального підходу, що мав руйнувати релігії, а не світську культуру. Як би там не було, пройшов час і світська частина соціуму мобілізувалася і почала давати відсіч. Звідси виникнення екстрасекулярних³ альтернатив, на які звернули увагу дослідники.

У межах типового (секулярного) курсу психіатрії можна приділяти увагу релігійним аспектам у житті пацієнтів. Здавалося би це втручання не має проблеми, але так тільки на перший погляд. Справа в тім, що релігія може мати потенційно позитивний, негативний або нейтральний вплив на психічне здоров'я пацієнта, який психіатру слід враховувати у своїй роботі.

Наприклад, автори звертають увагу на те, що релігію все частіше застосовують при лікуванні різного роду залежностей – наркотичної, алкогольної тощо. Більша частина психіатрів не погоджуються з таким положенням справ. Віра для них – “запрошення до паломництва, а не ліки”. Понад те, “Для релігійного пацієнта релігія може являти собою архімедову точку, навколо якої обертається все інше” [там само].

² Амбівалентне поняття. Зокрема, з боку релігії лікарська практика світської психіатрії – це втручання у світ віруючої людини. З боку психіатрії – релігія також є втручанням у світ пацієнта.

³ В цьому випадку – нова форма секулярності, мета якої подолати прояви постсекулярності.

Проблема секулярних лікарів-психіатрів в тім, що їм потрібна власна точка опори, з якої вони могли би адекватно оцінити психічну проблему пацієнта. Ситуація, в якій віра лікує душу для них неприйнятна тому, що “Поведінка, яка може бути нормальною в одній культурі, може бути витлумачена в іншій як ознака хвороби” [там само]. А ситуація в якій релігія є центром Всесвіту їх теж не влаштовує, бо значимість світських цінностей, якими керується психіатр, падає до самого низу – стає марною. Тобто, психіатр стає непотрібним, як і сама психіатрія і весь світський секулярний світогляд.

“Що можна зробити у цьому випадку?” – Задають собі питання адепти екстрасекулярного підходу. Відповідь вражає своєю простотою – потрібно привласнювати релігійно-духовні практики, які зарекомендували себе своєю ефективністю. Також потрібно будувати систему явних формальних⁴ цінностей, які однаково добре би розумілися як пацієнтами, так і їх лікарями. Психіатрія мусить мати свою чітку ідентичність, що дозволить їй бути конкурентоспроможною щодо релігії. Не можемо сказати, що цей підхід принципово новий – секулярна медицина з самого початку своєї появи привласнювала серед традиційних лікарських практик найбільш дієві. Інша справа, що старі підходи почали збоїти в новій реальності, чого, видно, не усвідомлюють сучасні секуляристи.

У підсумку зазначу, що в матеріалах європейських дослідників є те, що було передбачено теоретиками постсекулярної ситуації в суспільстві – поступове зростання ролі релігії у соціумі, поява постсекулярних типів науки. У той же час, звертає увагу на себе апологія світського образу життя, виникнення екстрасекулярних аргументів у науковому дискурсі, виникнення протидії не стільки релігії, скільки самому феномену постсекулярності.

Література:

1. Мартиненко О., Рупташ О., Радзиняк Т. Місце та роль філософії науки в постсекулярному дискурсі, *Вісник Львівського університету. Серія філос.-політолог. студії*. 2023. Випуск 46. С. 114-123. DOI <https://doi.org/10.30970/PPS.2023.46.14>.
2. Damberg Nissen R., Gildberg F.A., Hvidt N.C. Psychiatry, a Secular Discipline in a Postsecular World? A Review. *Religions* 2018. №9 (32). P. 2-13. DOI: <https://doi.org/10.3390/rel9010032>
3. Trainor B. Theorising Post-Secular Society. *Philosophy & Theology*. 2007. Vol. 19. №1-2. P. 95-124.

⁴ Певно автори під словом “формальні” мали на увазі “універсальні” цінності.

СЕКЦІЯ V.
АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ БІОМЕДИЧНОЇ ЕТИКИ В СУЧАСНОМУ
РЕЛІГІЙНОМУ ДИСКУРСІ

Hady Meri Pina,
Bogomolets National Medical University,
Merihadi2@gmail.com

THE EVOLUTION AND CHALLENGES OF BIOETHICS
AND BIOMEDICAL ETHICS

Bioethics and biomedical ethics have been at the forefront of ethical debates for centuries, as advancements in medical technology continue to raise complex moral questions. The history of bioethics can be traced back to ancient civilizations, where healers and philosophers grappled with questions of life, death, and the limits of medical intervention. In modern times, the field of bioethics has expanded to encompass a wide range of issues, from genetic engineering to end-of-life care.

One of the key historical developments in bioethics was the Nuremberg Code, established in response to the experiments conducted by Medical researchers during World War II. The code laid out principles for ethical medical research, emphasizing the importance of informed consent and the protection of human subjects. This set the stage for the development of other ethical guidelines, such as the Declaration of Helsinki and the Belmont Report, which continue to shape the practice of medicine and research today.

In the present day, bioethics faces a number of pressing challenges. One of the most prominent issues is the ethical implications of genetic engineering and biotechnology. Advances in gene editing technologies such as CRISPR have raised hopes for treating genetic diseases, but also raise concerns about the potential for designer babies and other forms of genetic enhancement. Questions about the limits of human intervention in the natural order, as well as the potential for unintended consequences, continue to spark debate among ethicists, scientists, and policymakers.

Another major issue in bioethics is the growing demand for organ transplants and the ethical dilemmas surrounding organ donation and allocation. The shortage of donor organs has led to debates about how to prioritize patients on transplant waiting lists, as well as questions about the ethics of paying for organs or incentivizing donation. These issues are further complicated by disparities in access to healthcare and the global nature of the organ trade, which can raise concerns about exploitation and justice.

End-of-life care is another area of bioethics that continues to be a source of controversy and debate. Questions about the ethics of euthanasia, physician-assisted suicide, and the use of life-sustaining treatments for terminally ill patients raise profound moral questions about autonomy, suffering, and the sanctity of

life. Balancing the rights of patients to make decisions about their own care with the responsibilities of healthcare providers to do no harm can be a delicate and challenging task.

In conclusion, bioethics and biomedical ethics are complex and multifaceted fields that continue to evolve in response to new technologies, social changes, and ethical dilemmas. By engaging in thoughtful reflection, dialogue, and debate, we can work towards ethical solutions that promote the well-being of individuals, communities, and society as a whole.

References:

1. "Chapter 3The Rise of Bioethics: A Historical Overview" in *Rethinking Health Care Ethics*. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK543570/>

Вячеславова О. А., Пошкурлат А. В.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
viacheslavovael@gmail.com, 77777777@ukr.net

ЕМПАТІЯ У ДОПОМАГАЮЧИХ ПРОФЕСІЯХ ЯК КОНТЕКСТ ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛІКАРСЬКОЇ ЕМПАТІЇ

“Емпатія” в сучасному науковому дискурсі розглядається як структурно складний, багатовимірний феномен, “соціальна *емоція*, ... процес розуміння психічного стану іншої людини; вміння поставити себе на її місце, ...співчуття до іншої людини з приводу її страждання, що трансформується у бажання їй допомогти...” [11, с.33]. Розбіжності в інтерпретації емпатії ускладнюють набуття визначення лікарської емпатії, що веде до її суперечливого тлумачення то як основи професійної діяльності [1; 2], то як причини професійного вигорання [3]. Актуальність дослідження лікарської емпатії визначена пацієнт-центристською орієнтацією сучасної медицини і практичними вимогами Стандарту вищої медичної освіти. Відповідно до компетентнісного підходу кафедра філософії, біоетики та історії медицини НМУ імені О. О. Богомольця пропонує студентам першого курсу вибірково дисципліну “Професіоналізм та медична культура”, в межах якої тематизується і питання лікарської емпатії. На нашу думку, увага до професійних видів емпатії здатна утворити новий ракурс огляду зазначеного питання і сприятиме проясненню особливостей лікарської емпатії.

Проблеми професійної підготовки фахівців різних галузей суспільної практики є сьогодні предметом уваги багатьох науковців, які відзначають особливу значущість емпатії у “допомагаючих” професіях: окремої уваги здобула емпатія педагогів [4; 5], соціальних працівників [6; 7; 8], лікарів і медичних сестер [1;2;3;9], рятувальників [10]. Найбільш дослідженою є емпатія як основа професійної діяльності психолога, психотерапевта [11; 12]. В науковому дискурсі щодо професійної емпатії склалась низка загальних

тенденцій в характеристиці даного феномену. Фокус уваги дослідників зосереджено переважно на емпатії як індивідуально-психологічній властивості (стані, процесі) суб'єкта. Загальною особливістю багатьох зазначених вище дескрипцій емпатії є презентація її як емоційного феномена у складі професійної діяльності. Попри традиційну констатацію троїстої компонентної структури емпатії (емоційний / когнітивний / поведінковий складники), яка присутня практично в кожній праці, у висновку деякі автори останній компонент пропускають, усуваючи діяльність допомоги із структури емпатії, невиправдано спрощуючи її до комунікації [5;6;8;2]. Нарешті, помітною ознакою багатьох академічних праць є їх спрямування на створення абстрактної теоретичної моделі емпатії (своєрідного "ідеального типу"), яка була б здатна охопити одразу всі способи її побутування, в тому числі, і без розрізень професійного і непрофесійного вимірів емпатії. Проблематичність такої задачі буде очевидною, якщо урахувати практичний характер феномена емпатії: індивідуально – особистісні емпатичні здібності, природно притаманні кожній людині, мають лише потенційний характер, і як саме вони будуть реалізовуватись (і чи будуть взагалі), залежить не лише від вимірюваного в емпіричних дослідженнях рівня емпатичності, а і від емпатогенної ситуації. Між тим, останнє поняття не є пріоритетним для дослідників, рідка згадка емпатогенної ситуації як чинника емпатії [8, с.152] не супроводжується аналітикою. Метою наведених нижче нотаток є спроба коротко оглянути професійні види емпатії в компаративному аспекті у пошуках відповіді на питання: чи різняться структура, шляхи і способи реалізації емпатії як професійної навички в діяльності лікаря, соціального працівника, педагога, рятувальника, психолога? І що специфічного є в лікарській емпатії?

Головним принципом диференціації видів професійної емпатії може бути виявлення саме *емпатогенних ситуацій*, які у згорнутому вигляді присутні в специфічному профілі професійної діяльності. *Емпатогенні ситуації є психологічним корелятом екзистенціальних ситуацій*, які загалом належать онтологічному виміру людського буття. До них можуть бути віднесені наступні: вікові переходи (від дитинства до підліткового віку і дорослого стану, від зрілості до старості); вибір / переобрання життєвого шляху, професії; самоактуалізація і особистісне становлення; створення родини; народження дитини, материнство, батьківство; розлучення; самотність; залежність; втрата батьків і дитяче сирітство; хвороба; війна; окупація; міграція та еміграція, перебування на чужині; насильство; каліцтво, інвалідність, обмеження можливостей; позбавлення волі, полон; стихійне лихо, надзвичайні ситуації; смерть близьких; переживання горя, депресія; родинне і соціальне неблагополуччя, соціальна маргінальність; бідність та ін.

В окресленому масиві емпатогенних ситуацій можна виокремити, по-перше, такі, що мають характер переходу, межі, отже, містять високу міру невизначеності, непевності з можливими наслідками психологічного дисбалансу і виникненням певних психологічних проблем. Саме такі ситуації потрапляють в поле професійної уваги психологів і педагогів. Зразок емпатогенної ситуації знаходимо в одній із праць М. Мамардашвілі: розмірковуючи про свою ранню юність, філософ зазначав, що ніколи не хотів

би повернутись в той час і не наважився б пережити цей віковий етап ще раз, оскільки він супроводжувався станом нестерпного душевного неспокою і сум'яття через невизначеність, непевність, необхідність знайти і визначити невідомого себе на життєвому роздоріжжі. Супровід і підтримка зростаючої особистості у її прагненні здійснити власний вибір є одним із способів реалізації емпатичної турботи педагога.

По-друге, серед зазначених вище емпатогенних ситуацій є і такі, що мають чітко визначені або позитивні або негативні характеристики. Професійна емпатія соціального працівника, лікаря, рятувальника є насамперед реакцією на негативно забарвлені емпатогенні ситуації, пов'язані із стражданням, з певною загрозою, з нестачею чогось як проблемою (нестачею здоров'я, безпеки, засобів для існування, домівки, втраченої внаслідок війни, сил і можливостей для здійснення простих побутових справ, якщо йдеться про немічних і т. ін.). Проблеми такого характеру мають не лише психологічний вимір - їх потрібно вирішувати із залученням професійної допомоги (відновити здоров'я, врятувати від небезпеки та ін.). Специфіка емпатогенної ситуації в даному випадку веде до ускладнення структури допомагаючої поведінки: до психологічної підтримки (вона теж присутня) додається практична професійна допомога (лікувальна, рятувальна та ін.), яка не обмежується роботою в ментальній галузі, і допомога маршрутизації. Остання представлена в діяльності соціального працівника у формі супроводу підопічних в контактах із соціальними інституціями (лікувальними, правовими, комунальними, державними та ін.) для вирішення проблем із залученням різних видів професійних ресурсів. Отже, емпатична допомога в допомагаючих професіях, відповідно до професійного профілю, може мати різну природу (психологічну / непсихологічну, практичну) і різну структуру. В подібній складній структурі певні форми допомоги матимуть домінуючий характер, інші – підлеглий, супровідний. Так, цілком очевидно, що цінність лікарського співчуття залежить від ефективності дій медичної допомоги.

В працях вітчизняних фахівців щодо лікарської емпатії останнім часом простежується тенденція обмежувати професійну емпатію комунікативною практикою [2], не урахувати дії професійної медичної допомоги як діяльнісно-поведінкову ланку лікарської емпатії. На нашу думку, в такому випадку має місце недооцінка вольового аспекту в характеристиці емпатії. Останній не виправдано мало привертає увагу дослідників. О. С. Вавринів, відзначаючи значущість вольових якостей особистості у професії рятувальників, вбачає в них одну із основ професійної емпатії: "Професійна діяльність рятувальників пов'язана із значним психоемоційним навантаженням та ризиком для життя, і саме бажання допомогти людям у багатьох випадках переважає над страхом смерті, що дає можливість успішно виконувати професійне завдання". Допомагаюча поведінка "мобілізуватиме і спонукатиме їх до здійснення аварійно-рятувальних дій, спрямованих на порятунок потерпілих" [10, с.15]. Ситуації ризику і психоемоційного навантаження, пов'язаного з необхідністю прийняття відповідальних рішень, результати яких можуть бути не гарантованими, присутні і в лікарській професії, тому вольова інтенція

допомогти і спасти хворого і в даному випадку виступає однією із основ професійної емпатії.

Як зазначають фахівці, невинуватене “розчленування емпатії” з метою відв’язати її від сутності справи в багатьох галузях, аби зробити діяльність незалежною від емпатії, є ознакою нашого часу і має полемічний характер в науковому дискурсі [13]. На нашу думку, варто погодитись з інтегративною позицією і розглядати емпатію як “складну функціональну систему, в якій когнітивний та емоційний компоненти складають взаємозумовлену єдність, що опосередковує дію та формує допомагаючу поведінку” [10, с.15]. Щодо лікарської емпатії ця позиція в зарубіжних дослідженнях підкріплюється думкою S. W. Mercera, згідно з якою в клінічній емпатії обов’язково присутній такий ключовий складник, як “здатність діяти певним терапевтичним шляхом” [цитовано за: 2, с.166], тобто, *діяльність медичної допомоги ураховується як реалізація емпатії*.

Можна припустити, що однією із причин намагання дистанціювати діяльність професійної допомоги від емпатії є відзначена вище тенденція до універсалізації теоретичної моделі емпатичних процесів. Між тим, професійна емпатія в різних її версіях не завжди співпадатиме з таким “ідеальним типом”. Так, під час надання професійної допомоги рятувальників не знайдеться часу для співпереживання через екстремальність обставин, в яких відбуваються рятувальні роботи. Сумнівний статус співпереживання (але не співчуття і підтримки) в структурі лікарської емпатії слушно зазначався в навчальному посібнику А. Леухіної [2, с. 83]. Проте в праці психолога, педагога, психотерапевта співпереживання безперечно є ключовим компонентом емпатії, діяльність допомоги здійснюється лише засобами комунікації, психологічного впливу, “розмовної” терапії”, а інших дій, крім роботи з психологічними процесами, в цих галузях не передбачено. Корисну гносеологічну метафору запропонував Л. Кроль: емпатія подібна гаджету, можна мати “гаджет емпатії”, але не користуватись ним, можна застосовувати дві чи три функції із множини існуючих [13]. Отже, емпатія буває несхожою на поширені уявлення про неї. В *професійних видах емпатії, відповідно до емпатогенної ситуації, здатні активуватись ті чи інші її складники*.

Різняться і процесуальні аспекти емпатії. Так, в реалізації емоційного залучення можуть бути наявними певні паузи, зразок чого надає волонтерська діяльність: емоційне залучення і діяльність допомоги бувають розведені в часі, доставка допомоги в зону бойових дій чи евакуація цивільних вимагають тверезості і розрахунку, а не співпереживання, яке тут і тепер має бути призупинено, аби не завадити діям допомоги. Подібно до волонтерства, і в лікарській справі навички емпатування включають в себе не лише усвідомлення і відстеження емоційних станів, а й необхідність відокремлення їх від практики допомоги. Якщо в професійній емпатії психолога або педагога і емоційне залучення, і допомога підтримки перебувають в єдиному суцільному психологічному полі, то в лікарській емпатії панівним є правило не впускати емоції в процес медичної допомоги, яка має передбачати моменти призупинення емоційного залучення (відповідно до ситуації: реанімація, операційна, надзвичайні стани та ін.). Таким чином, емпатія як *динамічний*

процес може мати різні алгоритми реалізації, включно з елементами дискретності.

Отже, порівняльний підхід дозволив виявити вплив емпатогенної ситуації на зміни в структурі і процесуальності різних видів професійної емпатії в допомагаючих професіях. Особливостями лікарської емпатії є 1) її зв'язок з архетипними емпатогенними (екзитенціальними) ситуаціями хвороби (загрози здоров'ю), які визначають домінуючу роль професійної медичної допомоги (здатності лікувати / вилікувати) у складі лікарської емпатії; 2) лікарська емпатія як динамічний процес передбачає можливість дискретної послідовності складових (співчуття, підтримка / призупинення емоційного залучення з метою надання практичної допомоги). Перспективи подальших розвідок вбачаємо в дослідженні професійно-рольових аспектів лікарської емпатії.

Література:

1. Владимірова В. І., Моргун Н. І. Емпіричне дослідження емпатійних здібностей майбутніх медиків у структурі їх професійної компетентності // Психологія і особистість. – 2023. - № 1 (23). – с. 109-118. – [Електронний ресурс]- <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2023.1.274736> (дата звернення 22.05.2024).
2. Леухіна А. Г. та ін. Людяність та емпатія в охороні здоров'я. Посібник для викладачів. – К.: Майстер-книга, 2022. – 364 с. – URL: <https://mededu.org.ua> – (дата звернення 22.05.2024)
3. Павлюк Т.В., Толокова Т.І. Емпатія у професійній діяльності медичних сестер // Медсестринство. - 2018. - № 1. – с.53-56.
4. Заміщак М. І. Психологічні особливості формування емпатії в майбутніх педагогів // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія "Психологія". – Вип.1. – 2023. – с.62-66. – URL: DOI <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.1.12> - (дата звернення 22.05.2024).
5. Перетятяко Л. Г., Юдіна Н. О. Аналіз емпатії і темпераменту як компонентів педагогічної діяльності // Психологія і особистість. – 2017. - №1 (11). – с.146-154.
6. Прожога І. В., Гайтан Ю. Є та ін. Розвиток емпатії як чинник співпереживання у майбутніх соціальних працівників // Інноваційна педагогіка. – Вип.42. – 2021. С.192-198. – URL: DOI <https://doi.org/10.32843/2663-6085/2021/42.39> - (дата звернення 22.05.2024).
7. Мельничук О. Б. Емпатія в структурі професійного інтелекту майбутніх фахівців соціальної сфери // Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПНУ. – 2016. – Вип.31. – с.213-226.
8. Ратинська О. М. Дослідження емпатійності у майбутніх соціальних працівників // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія "Педагогіка, соціальна робота". – Вип.36. – 2016. – с.150 -153.

9. Мітіна С. В. Емпатія як професійно важлива якість медичного фахівця // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія "Психологічні науки". Вип.1. Т.1. – 2017. – с.82-88.
10. Вавринів О. С., Яремко Р. Я. Теоретичні аспекти формування емпатії майбутніх рятувальників // Дослідження різних напрямів розвитку психології та педагогіки: Збірник наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (16-17 листопада 2018 р., м. Одеса). – Одеса: ГО "Південна фундація педагогіки", 2018. – Ч.1. – с.12-15.
11. Чаплак Я. В. Проблема емпатії в психології та її важливість у професійному становленні психолога // Психологічний журнал. - № 5 (15), 2018. – с.23-39. – URL: <https://doi.org/10.31108/1.2018.5.15.2> (дата звернення 22.05.2024).
12. Лисенко Л. М. Емпатія як компонент професійної компетентності у майбутніх психологів // I International Scientific and Practical Conference "Education and science of today: intersectoral issues and development of sciences". - Volume 3. - March 19, 2021. - Cambridge, UK. – с.147-149. – URL: DOI 10.36074/logos-19.03.2021.v.3.46 - (дата звернення 22.05.2024).
13. Кроль Л. Як працює емпатія. – URL: <https://readli.net/chitat-online/?b=1005402&pg=3> - (дата звернення 22.05.2024).

Калач Д. М.,
Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова,
kala4d@ukr.net

РЕЛІГІЯ ТА ЕТИЧНІ ЦІННОСТІ

Релігію можна розуміти як систему вірувань, практик і цінностей, пов'язаних із природою існування та Всесвіту, які часто включають віру в одну чи декілька надприродних, божественних сутностей. Різні релігії мають різні вірування, обряди та цінності, і часто існує значна різноманітність всередині окремої релігії. Багато релігій пропонують набір моральних і етичних принципів, які керують поведінкою та прийняттям рішень, допомагаючи людям орієнтуватися в складних етичних питаннях і робити вибір, який відповідає їхнім цінностям. Етичні та моральні цінності – це принципи або переконання, які керують поведінкою та прийняттям рішень. Моральні цінності важливі для людей, щоб жити в гармонії з іншими та робити етичний вибір. Моральні цінності формуються різними факторами, включаючи сім'ю, освіту, релігію та культуру. Було виявлено, що люди, які беруть активну участь у релігійній громаді частіше проявляють просоціальну поведінку, таку як волонтерство, емпатія та моральні міркування, ніж ті, хто не залучений до релігійних громад. Релігія забезпечує сприятливе середовище для молодих людей, а також пропонує підтримку, коли вони опиняються у складних етичних та моральних проблемах. Релігія відіграє значну роль у формуванні людської історії

та культури, впливаючи на мистецтво, літературу, музику та філософію, а також сприяє розвитку соціальних і політичних інститутів. Релігійні установи створюють доброзичливі та інклюзивні середовища, які сприяють почуттю спільності та приналежності серед людей. Релігійні лідери повинні співпрацювати з вірянами та заохочувати їх розвивати власний моральний компас. Релігійні інституції також повинні співпрацювати з батьками та освітянами, щоб просувати позитивні цінності та етичну поведінку серед молоді.

Релігія є складним і багатограним поняттям, і не існує єдиного визначення, яке могло б охопити всі її різні аспекти. Релігія може надати людям відчуття сенсу, мети та приналежності, а також може сформувані їхні переконання щодо природи добра і зла та загробного життя. Релігії часто передбачають використання ритуалів, молитов і поклоніння для встановлення зв'язку з божественним або для вираження своєї віри, а також можуть включати набір моральних і етичних принципів, які керують поведінкою та прийняттям рішень. Різні релігії мають різні вірування, обряди та цінності, і часто існує значна різноманітність у межах певної релігії. Звичайно, не всі вважають релігію важливою чи актуальною для свого життя, і існує багато різних вірувань і точок зору щодо ролі, значення релігії. Тим не менш, для багатьох людей релігія може запропонувати джерело сенсу, спільноти, керівництва та підтримки, що збагачує їхнє життя та допомагає їм орієнтуватися в складнощях світу. Важливість релігії можна зрозуміти різними способами, залежно від точки зору та переконань. Релігія може дати людям відчуття сенсу та мети життя, пропонуючи відповіді на запитання про природу існування, мету життя та значення страждань. Релігійні інституції часто служать центрами громадської та соціальної підтримки, пропонуючи людям можливість спілкуватися з іншими, хто поділяє їхні переконання та цінності, а також брати участь у спільних ритуалах, традиціях і заходах. Багато релігій забезпечують набір моральних і етичних принципів, які керують поведінкою та прийняттям рішень, допомагаючи людям орієнтуватися в складних етичних питаннях і робити вибір, який відповідає їхнім цінностям. Доведено, що такі релігійні практики, як медитація, молитва та уважність, мають психологічні та емоційні переваги, такі як зменшення стресу та тривоги, підвищення почуття благополуччя та задоволеності, сприяння відчуттю внутрішнього миру. Релігія відіграла значну роль у формуванні історії та культури людства, впливаючи на мистецтво, літературу, музику та філософію, а також сприяє розвитку соціальних і політичних інститутів. [3, ст. 20]

Історично релігія відіграла значну роль у формуванні етичних і моральних цінностей. Релігійні переконання та вчення використовувалися як основа для етичних і моральних принципів у багатьох суспільствах протягом всієї історії людства. Релігійні тексти часто містять моральні та етичні вчення, а релігійні лідери слугували керівництвом і зразком для наслідування, як поводитися етично та морально. Релігія забезпечує основу для розуміння того, що є правильним і неправильним, добрим і злим, а також які дії є прийнятними та неприйнятними. Релігійні вчення можуть сформувані моральні та етичні переконання людини, забезпечуючи набір цінностей і

вірувань, якими керуються їхні дії. Багато релігій наголошують на важливості ставлення до інших з повагою, співчуттям і добротою, що може призвести до більш позитивної та етичної поведінки. Однак важливо зазначити, що релігія не є єдиним джерелом етичних і моральних цінностей. Багато людей, які не є релігійними, дотримуються сильних етичних і моральних переконань, заснованих на інших джерелах, таких як світська філософія, особистий досвід або культурні традиції. Часто релігію використовували для виправдання неетичної та аморальної поведінки, а деякі релігійні вчення піддавалися критиці за сприяння дискримінації чи нетерпимості. Етичні та моральні цінності – це принципи або переконання, які керують поведінкою та прийняттям рішень. Хоча ці терміни часто використовуються як синоніми, між ними існує тонка різниця. Моральні цінності стосуються набору переконань або принципів, які стосуються того, що є правильним і неправильним, добрим і злим, а також того, які дії є прийнятними і неприйнятними. Моральні цінності часто формуються культурними, релігійними та соціальними нормами та пов'язані з такими питаннями, як чесність, повага, доброта, співчуття та справедливість. З іншого боку, етичні цінності стосуються набору принципів або вказівок, які регулюють професійну діяльність або організаційну поведінку. Етичні цінності часто стосуються таких питань, як справедливість, чесність, підзвітність і відповідальність, і спрямовані на сприяння доброчесності та запобігання неправомірній поведінці. Проте як моральні, так і етичні цінності стосуються керівництва поведінкою та прийняття рішень у спосіб, який узгоджується з набором принципів або переконань. Обидва типи цінностей можуть бути сформовані різноманітними факторами, включаючи культуру, релігію, освіту, особистий досвід і суспільні норми. Зрештою, етичні та моральні цінності призначені для сприяння позитивній поведінці та запобігання шкідливим діям, і можуть служити орієнтиром для окремих осіб і організацій, коли вони вирішують складні етичні та моральні питання. Моральні цінності важливі для людей, щоб жити в гармонії з іншими та робити етичний вибір. Серед молоді моральні цінності формуються різними факторами, включаючи сім'ю, друзів, освіту, релігію та культуру. Батьки та опікуни відіграють вирішальну роль у вихованні моральних цінностей у своїх дітей. Вони можуть робити це, моделюючи хорошу поведінку, навчаючи та обговорюючи важливість таких цінностей, як чесність, повага, доброта та відповідальність. Освіта також може відігравати важливу роль у формуванні моральних цінностей серед молоді. Школи можуть включити моральне виховання до своїх навчальних програм, навчаючи учнів цінностям, етиці та соціальній відповідальності. Програми громадської роботи та позакласні заходи також можуть надати студентам можливість розвинути емпатію, співчуття та почуття громадянського обов'язку.

Релігія також може впливати на моральні цінності серед молоді, оскільки релігійні вчення часто наголошують на важливості вести доброчесне та етичне життя. Релігійні інституції можуть надати керівництво та підтримку молодим людям, коли вони потрапляють у складні моральні проблеми. Проте ЗМІ та популярна культура також можуть мати значний вплив на моральні цінності молодих людей. Соціальні медіа, наприклад, можуть наражати молодь на широкий спектр точок зору та поведінки, деякі з яких можуть

суперечити традиційним моральним цінностям. Загалом моральні цінності серед молоді формуються різними факторами, зокрема сім'єю, освітою, релігією та культури. Важливо, щоб батьки, педагоги та релігійні лідери співпрацювали, щоб просувати позитивні цінності та етичну поведінку серед молоді.[1, ст.15]

Релігію широко вивчають у різних областях, включаючи соціологію, психологію, антропологію та теологію. Релігійні люди, як правило, мають кращі показники здоров'я, такі як нижчий рівень депресії, тривоги та довшу тривалість життя. Це може бути пов'язано з соціальною підтримкою та відчуттям сенсу, які можуть надати релігійні громади. Релігія відіграє значну роль у формуванні моральних цінностей і переконань особистості. Релігійні вчення часто наголошують на співчутті, прощенні та повазі до інших, що може сприяти розвитку емпатії та прийняття етичних рішень. Релігійні громади можуть забезпечити почуття приналежності та соціальну підтримку для своїх членів. Це може бути особливо важливо для людей, які можуть відчувати себе ізольованими або маргіналізованими в інших сферах свого життя. Крім того, релігійні переконання та практики можуть формувати політичні погляди людини. Наприклад, люди, які регулярно відвідують релігійні служби, як правило, більш політично консервативні, тоді як ті, хто не ідентифікує себе з жодною релігією, як правило, більш політично ліберальні. Хоча релігія може сприяти толерантності та розумінню, вона також може сприяти упередженню та дискримінації. Віруючі люди, швидше за все, мають негативне ставлення до представників інших релігій або груп меншин.[3, ст.31]

Знайомство з різними віруваннями та поглядами може допомогти людям розвинути більш тонке розуміння етичних і моральних питань, а також може сприяти співпереживанню, розумінню та повазі до інших. Варто зазначити, що роль релігії може значно відрізнятися залежно від особистості та певну релігійну традицію, якої вони дотримуються. Деякі люди можуть знаходити велику втіху та сенс у своїх релігійних переконаннях, тоді як інші можуть повністю відкидати релігію. Зрештою, роль релігії є складною та глибоко особистою темою, яка формується під впливом широкого кола факторів.

Підсумовуючи, релігія може відігравати значну роль у житті окремих людей і громад. Це може дати відчуття сенсу та мети, запропонувати керівництво та підтримку у важкі часи та допомогти людям орієнтуватися в складних етичних і моральних питаннях. Релігія також відіграла значну роль у формуванні людської історії та культури, впливаючи на мистецтво, літературу, музику та філософію та сприяючи розвитку соціальних і політичних інститутів. Проте роль релігії є складною та багатогранною, і часто існує значне розмаїття всередині окремої релігії, а також відмінності між релігіями. Крім того, не всі вважають релігію доречною або важливою для свого життя, існує багато різних вірувань і точок зору щодо ролі та значення релігії. Зрештою, роль релігії залежить від індивідуальних переконань, цінностей і досвіду та може бути різною в різних культурах, суспільствах та історичних періодах. Тим не менш, для багатьох людей релігія може запропонувати джерело сенсу, спільноти, керівництва та підтримки, яка збагачує їхнє життя та допомагає їм орієнтуватися в складнощях світу.

Література:

1. Бродецький О. Гуманістичні ефекти ціннісної синергії релігійно-етичних ідей: методологічне підґрунтя та прикладні горизонти. Українське релігієзнавство. 2019. No 89. С. 13–25
2. Красільнікова О.В., Гусева Н.Ю. Релігійна етика та її вплив на формування ділової етики. І Міжнародна наукова конференція з міждисциплінарних досліджень. Тези доповідей. Берлін, Німеччина 19 – 21 січня 2021 року. С. 884–886.
3. Miller, Richard B. What is Religious Ethics? Friends and Other Strangers: Studies in Religion, Ethics, and Culture, New York Chichester, West Sussex: Columbia University Press, 2016, P. 17-39.

Коцюба М. П.,
НМУ імені О.О. Богомольця,
maximkotsyba@gmail.com

ЧИ ПОТРІБНА БІОЕТИЦІ ТЕОРІЯ МОРАЛІ?

На позір інтуїтивно завжди напрошується зв'язок етики, теорії моралі, із біоетикою [4]. Часто можна чути, з одного боку, про домагання прояснення “етичних істин”, що має на меті допомогти розв'язку надто складних практичних викликів, а, з іншого боку, про те, що розв'язок цих складних викликів є справою широкого кола експертів, але не філософів-теоретиків. Тож яка роль філософської теорії до застосовних і конкретних принципів біоетики?

Сучасна застосовна етика, чи не найбільш виразнішою частиною якої є біоетика, пропонує доволі своєрідний зв'язок теорії з практикою. Про це, як на мене, дуже влучно зазначено у вступі до статті “Теорія та біоетика”: “Зв'язок біоетики з теоріями моралі теоріями складний. Для початку, є філософи, які роблять чимало для біоетики, і для загалу їхня дисципліна маже за визначенням є теоретичною. Тому, коли їх просять розглянути значення моральних теоретизувань у біоетиці, вони говорять, і це природньо впливає з їхньої філософських позицій, про те, що моральна теорія має вирішальне, якщо не незамінне значення. У той же час є ті, хто ставить під сумнів модель біоетики як “застосовної етики”. Грубо кажучи, згідно цієї моделі та чи інша теорія моралі (наприклад, утилітаризм, кантіанська деонтологія, теорія цінностей) накладається на якусь проблему застосовної етики в надії розв'язати її. Така модель, на думку її противників, перебільшує відокремлення теоретичного від застосовного. Крім того, є такі дослідники, як Віл Кімліка (1993 [1996]), які вважають, що моральна теорія не повинна брати участь у виробленні державної політики щодо біоетичних питань [2].

Віл Кімліка (Will Kymlicka) (нар. 1962 р.) – чеського походження канадський політичний філософ, який чимало і напрочуд плідно розмірковує про зв'язок етики як теорії із політикою або урядкуванням. Пропоную

викласти основні моменти згаданої у Стенфордській енциклопедії Кімлікової статті “Філософія моралі і публічна політика: справа НРТ” [3], аби потому спробувати підважити деякі його аргументи. Звичайно ж беремо до уваги, що цій статті вже

Кімліка замислюється над тим чи корисною і помічною є етика (філософія моралі) у питаннях державної політики та урядуванні викликів, які створені новими і надзвичайно непевними технологіям, пов’язаними у широкому сенсі із предметом біоетики. І одразу зазначу, що він не ставить під сумнів важливість моралі чи звичаєвості як такої. Він хоче побачити чи дійсно від філософії є толк не рівні теорії, а на рівні конкретних управлінських рішень та державних політик. Якщо простіше: чи є глузд у тому, щоб філософи-моралісти брали участь у етичних комісіях чи різного роду урядових комітетах, метою яких є напрацювати конкретні і дієві принципи, які були би справедливими і враховували усіх. Ще більш цікавим це питання стає, коли він ми читаємо майже на початку статті таке: “Цілий випуск журналу “Філософія і медицина” присвячений критиці “аматорського” способу розгляду етики в цих звітах. Отже, якщо урядові звіти схильні розглядати етичні питання в аматорський спосіб, то безсумнівно, що вихід полягає в отриманні більшої кількості інформації від професійних філософів моралі...” [3, с. 3], а потім, майже наприкінці, ще й таке: “Деякі з доповідей, найбільш аматорські обговорення моралі, напевно якнайкраще виявили та захистили морально значимі інтереси” [3, с. 18-19]. Тому Кімліка й говорить про те, що бути “аматором” не означає не змогти тямуще й серйозно застосувати моральне чуття.

Кімліка, дослідивши роботу багатьох комітетів та численні огляди їхньої роботи в академічній літературі, описує два погляди на те, як залучають академічних філософів до роботи в такого роду комітетах та комісіях:

1) амбіційний погляд: філософи мають зробити так, щоб члени комісії стали на якусь “правильну” універсальну позицію, щоб потім використовувати її при вирішенні конкретних проблем;

2) скромний погляд: філософи мають забезпечити ясність та чіткість аргументів комісії, виявити концептуальні плутанки, але не маючи на меті змусити членів обрати якусь із універсальних теорій моралі [3, с. 2]

Кожен із цих поглядів має недоліки та переваги, але Кімліка пропонує третій погляд на те, як можна заучити філософів до урядової роботи, бо ні амбіційний, ні скромний погляди насправді не можуть пояснити, що воно значить “дивитись на речі з моральної точки зору”. Моральною є та точка зору, яка вимагає бути чуйним до інших, що на думку Кімліки значить поставити себе місце інших. Зрештою він це називає “ставитися до людей серйозно, турбуватися про них” [3, с.]. Таке серйозне ставлення до інших підвладне і “аматорам”, і “професіоналам”, також таке ставлення можливе поза будь-якому теорією моралі.

До універсальних та незалежних від будь-якої теорії моралі принципів Кімліка відносить такі: 1) автономія (включно із інформованою згодою);

¹ “Нові репродуктивні технології”.

2) підзвітність; 3) повага до людського життя; 4) рівність; 5) належне використання ресурсів; 6) некомерціалізація; 7) захист інтересів дитини² [3, с. 11-12]. Їхня універсальність і незалежність є якоюсь “природною” і “самозрозумілою”. Водночас Кімліці не йдеться про якусь метафізичну чи універсалістську загальність. Ні, ці принципи є загальним консенсусом громадян “західних демократій”. Але з їхньої консенсусної універсальності не випливає їхня виправданість, тому питання дебатів щодо них все ще лишається відкритим та нагальним. Консенсус щодо них міг бути збігом довільних культурних передсудів. Проте Кімліка вказує на два аргументи на користь того, що це просто збіг: по-перше, ці принципи схвалені дуже різноманітними та численними суспільними групами (навіть міжнародними) та спільнотами, а, по-друге, ці принципи узгоджуються з моральною точкою зору, з переконанням, що кожна людина є цінною сама собою. Тому, на думку Кімліки, немає потреби ставати на якусь теорію моралі, щоб сформулювати ці керівні принципи. Зрештою, виявляється, що головні чинні теорії моралі схвалюють ці принципи. Труднощі виникають, коли теоретики намагаються застосувати ці принципи до конкретних випадків: “Здається, що коли ми маємо ухвалити якесь конкретне рішення, кожна теорія моралі має менше покладатися на філософські нюанси, а більше на базові принципи, які ця теорія поділяє з іншими [3, с. 14]. Це своєрідне “балансування цінностей, з яким часто стикаються судді, що важко назвати суто теоретичною проблемою.

Пошуки кращої теорії не дадуть нам бажаних результатів, бо насправду це не питання про конфлікт у самих цінностях, чи те, що якась суперечить іншій. Ні, тут радше йдеться про “питання влади та фактів” [3, с. 16]. Це суспільні конфлікти, а не ціннісні. Це конфлікти, як мають на меті подолати, насамперед, суспільну суперечність (у вигляді конфлікту розподілу влади), а не теоретичну неузгодженість. Тут помічна застосовна гнучкість, а не теоретична послідовність. Слід зважати на зацікавлені сторони та принципи, і для цього достатньо серйозного морального погляду та вміння поставити себе на місце інших. Тому, на думку Кімліки немає гострої проблеми у тому, щоб не залучати філософів-теоретиків до роботи комісій та комітетів задля показу чи роз’яснення того, що самі урядові члени можуть побачити. Більше того, вони можуть великою мірою плутати та забирати час в урядовців на ці “теоретичні” дебати. Разом з тим, Кімліка говорить, що немає особливої доцільності у тому, аби самі урядовці занурювалися в академічну філософію (хоча він наводить фрагменти дуже аматорських звітів з філософської точки зору), бо, по-перше, це витрата їхнього (оплачуваного) часу та енергії, по-друге, це призведе до притуплення їхнього повсякденного морального погляду, і, по-третє, це може підірвати їхню впевненість у повсякденному моральному чутті.

Етичні комісії та комітети – це про те, щоб показати усе різноманіття точок зору, це про те, щоб усіх зацікавлених зробити сторонами процесу, це про те, щоб уможливити такий консенсус, який би був максимально

² Слід сказати, що ці принципи він вживає у випадку НРТ, але потім говорить, що вони можуть бути універсальними для дуже широкого кола випадків.

справедливим для усіх. З іншого боку, поява такого роду комісій означає кінець класичного розуміння етики, яким би розмитим воно не було різними філософськими теоріями. Біоетика – це не про принципи доброго життя, тобто щастя, це спроба зробити морально важливими та виправданими наші домагання “ухвалити закони для захисту права на життя й гідність, бо стрімкий поступ науки дає нам до рук засоби для різноманітних генетичних маніпуляцій” [1, с. 108].

Література:

1. Бадью А. Етика. Нарис про розуміння зла/ пер. з фр. В. Артюха та А. Репи. – К.: Комубук, 2016. – 192 с.
2. Flynn, J. Theory and Bioethics // The Stanford Encyclopedia of Philosophy / ed. Edward N. Zalta & Uri Nodelman, 2022 (Winter Edition). – URL: <https://plato.stanford.edu/archives/win2022/entries/theory-bioethics>.
3. Kymlicka W. Moral Philosophy and Public Policy: The Case of NRTs // Bioethics. – 1993 (1996). – 7(1). – с. 1-26.
4. Nussbaum M. Why Practice Needs Ethical Theory: Particularism, Principle, and Bad Behaviour // Moral Particularism / ed. B. Hooker, M. O. Little. – Oxford, Clarendon Press, 2000. – p. 227-255

Лапутько А. В., Парфьонова О. І.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
annalaputko1987@gmail.com, f.foreignstud@nmu.ua

БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ “ПОСТМОРТАЛЬНОЇ РЕПРОДУКЦІЇ” У ПЕРІОД ВОЄННОГО ЧАСУ

“Стрімкий” розвиток медичних технологій в сучасному світі породжує численні дискусійні та біоетичні питання, серед яких чільне місце займають й питання розвитку допоміжних репродуктивних технологій.

В умовах поглиблення демографічної кризи в Україні, у зв'язку з повномасштабним вторгненням росії на територію нашої держави, особливої гостроти набуло у нашому суспільстві поняття “постмортальна репродукція”, тобто зачаття та народження дитини після смерті одного або обох батьків [1]. Мова йде, в першу чергу, про військовослужбовців, які ризикуючи своїм життям захищають незалежність, суверенітет та територіальну цілісність нашої країни, забезпечити їм можливість зберегти біологічний матеріал для майбутнього батьківства та материнства. Наразі допоміжні репродуктивні технології врегульовані такими законодавчими актами: Цивільним кодексом України (ч. 7 ст. 281 ЦК, ст. 284, 285, 286, 290), Законом України “Про охорону здоров'я” (ст. 48), Наказом Міністерства охорони здоров'я “Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні” (№ 787 від 09.09.2013 р.) [2] та ін. Для того, щоб мати можливість скористатися

цими правами, військовозобов'язаний(-а) має офіційно передати свої репродуктивні клітини на збереження у відповідні установи охорони здоров'я, тобто кріобанки як приватні, так і державні.

В листопаді 2023 року виник суспільний резонанс навколо підписаного Закону України "Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення права військовослужбовців та інших осіб на біологічне батьківство/материнство"(№ 3496-IX від 22.11.2023 р.), тому, відповідно до цього закону: "у разі загибелі або визнання померлою в установленому порядку особи, репродуктивні клітини якої зберігаються, їх зберігання припиняється з подальшою утилізацією" [3], тобто всі клініки повинні утилізувати репродуктивні клітини у березні 2024 року. Міністерство охорони здоров'я України відреагувало на скандал. У відомстві заявили, що кріобанки не утилізуватимуть репродуктивний матеріал загиблих військових, бо держава "зацікавлена у продовженні роду усіма українцями". Згідно Закону України "Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо збереження генофонду Українського народу, з метою забезпечення прав учасників війни на біологічне посттравматичне батьківство/материнство" здійснюється безоплатне зберігання репродуктивних клітин протягом трьох років з моменту загибелі або визнання її померлою, після закінчення цього строку подальше зберігання таких клітин за рахунок іншої особи, або "фізична особа, репродуктивні клітини якої зберігаються відповідно до законодавства має право розпорядитися ними на випадок своєї смерті або оголошення судом її померлою чи зниклий безвісті" [3]. Водночас, використання кріоконсервованого ооциту чоловіком померлої жінки породжує безліч морально-етичних питань, по-перше, щоб використати її генетичний матеріал, то потрібне сурогатне материнство (тобто це така методика, згідно якої жінка погоджується виносити та народити дитину для генетичних батьків, але необхідною умовою для звернення до нього, згідно законодавства України, прерогатива подружніх пар. Інша ситуація щодо використання репродуктивних клітин померлого чоловіка його дружиною, потрібно нотаріально завірена прижиттєва довіреність чоловіка, в якій буде вказано дозвіл і термін на постмортальну репродукцію. На думку сучасної української дослідниці К.В.Москаленко, правом на використання кріоконсервованих репродуктивних клітин має право виключно чоловік або жінка померлої особи [4]. Як зауважує Європейський суд з прав людини, право на повагу до сімейного та приватного життя включає право на застосування репродуктивних технологій, але не передбачає право стати бабусею або дідусем, а також, право на вирішення коли бути батьками, і не може переходити до інших осіб, зокрема їх батьків.

Термін зберігання кріоконсервованих репродуктивних клітин досить тривалий, адже зберігаються вони в рідкому азоті при $t^{\circ} -196$, але слід враховувати, що ооцити більш чутливі до заморожування, ніж сперматозоїди. Якщо порівнювати обстеження і збереження репродуктивних клітин чоловіка і жінки, то для чоловіків вся процедура займає до 4 годин, але перед тим, потрібно здати "критичні" аналізи (ВІЛ/СНІД, гепатити, сифіліс), тоді як для жінок є величезний список обстежень та аналізів, а сама процедура більш триваліша та витратна й може займати до 1,5 місяців. Щодо вартості, то ціна

такої процедури може досягати 90000 тис. грн., а для чоловіків від 2 до 2,5 тис. грн. На сьогодні, в Україні діє програма медичних гарантій на 2024 р. “Лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (запліднення in vitro)”, яке надає можливість скористатися послугами безоплатно в клініках, які підписали договір з НСЗУ [5].

Потрібно враховувати, що постмортальна репродукція складна і дискусійна тема з морально-етичної точки зору. Як відомо, предметом гострих дискусій у біомедичній етиці постає питання, пов'язані з використанням допоміжних репродуктивних технологій і початком людського життя, статусу “ненародженої дитини”, редукації багатоплідності, сурогатного материнства тощо. До цих питань при постмортальній репродукції додаються й інші аспекти, які пов'язані з внутрішньою суперечливістю цього феномену. З одного боку, це феномен “народження”, а з іншого – зачаття людини, тобто початок її життя відбувається за допомогою використання біологічного, репродуктивного матеріалу вже померлої людини, що суперечить законам природи.

Проблема постмортальної репродукції має й важливі соціально-етичні аспекти: по-перше, це соціальна відповідальність жінки/чоловіка щодо соціалізації, виховання їх дітей, по-друге, це визнання на державному рівні прав дітей, які народились внаслідок постмортальної репродукції. Треба враховувати, що часто жінка/чоловік приймаючи рішення про народження дитини вона знаходиться у психічно нестабільному стані, гостро відчуваючи біль, відчай, у зв'язку зі смертю коханої людини. Раніше, до використання постмортальної репродукції зверталися переважно елітарні верстви населення, а сьогодні це явище почало набирати оберти “масовизації” у зв'язку з війною. Дитина може бути утиснена в своїх правах, тому варто передбачити у разі загибелі батька/матері, ті ж самі соціальні права, як і в дітей, які були народжені при житті свого батька/матері і аналізувати свої дійсні бажання та усвідомити свою відповідальність за долю своєї дитини.

Загалом біоетичні питання прав людини закріплене не лише на національному законодавстві України, а й на міжнародному рівні (такі як, Міжнародний біоетичний комітет ЮНЕСКО, комітет з біоетики Ради Європи і т.д.). Слід зазначити, що в ст. 27 Конституції України проголошується: “кожна людина має невід'ємне право на життя... кожен має право захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань” [6], тому людина є найвищою соціальною цінністю, а “сім'я , дитинство, материнство і батьківство охороняється державою” [ст. 51 КУ] [6]. Головним обов'язком держави є турбота про майбутні покоління, яке закріплене в ст. 16 Конституції України, а саме “збереження генофонду Українського народу”, тому саме зміни в Законі України допоможе забезпечити права на охорону репродуктивного здоров'я та реалізацію батьківства та материнства. Йдеться не тільки про права жінок на народження дитини від коханого чоловіка поза межами інституту сім'ї та шлюбу, а й глибокі екзистенціальні аспекти цієї проблеми, пов'язані з цим, а саме можливість сучасної медицини долати смерть, продовжуючи життя наших героїв у наступних поколіннях, після смерті у житті їх дітей.

Таким чином, “посмертна репродукція” є суттєвою гарантією права на

продовження роду, проте його реалізація потребує відповідного та виваженого рішення. Зрештою, збереження генофонду українського народу має бути головною та спільною справою держави, а також створення справедливого механізму правового регулювання “постмортальної репродукції” людини в Україні, що відповідатиме міжнародним загальноприйнятим біоетичним нормам, щоб безсмертя наших героїв була не лише в назвах вулиць і пам’ятних табличках, а у й продовженні “героїзації” саме в дітях, навіть, якщо держава буде їх отримувати шляхом *in vitro*.

Література:

1. Закон України “Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні” (№ 787 від 09.09.2013 р.). – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1697-13#Text> (дата звернення: 20.05.2024)
2. Чечерський В.І. Постмортальна репродукція: актуальні проблеми правового регулювання та зарубіжний досвід. – URL: <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/904544.pdf>
3. Закон України “Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення права військовослужбовців та інших осіб на біологічне батьківство (материнство)” від 22 листопада 2023 року № 3496-IX – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3573-20#Text> (дата звернення: 20.05.2024)
4. Москаленко К.В. Постмортальна репродукція для військових: як було раніше і чи вирішує проблеми новий закон. – URL: <https://zmina.info/columns/postmortalna-reprodukciya-dlya-vijskovykh-yak-bulo-ranishe-i-chy-vyrishuye-problemy-novyj-zakon/>
5. Лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (запліднення *in vitro*). – URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/likuvannia-bezpliddia-u-pmh> (дата звернення: 20.05.2024)
6. Конституція України. Відомості Верховної Ради України. 1996 №30 ст. 141. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 20.05.2024)

Місержи С. Д.,

НМУ імені О. О. Богомольця,
miserjisd@gmail.com

КРИТЕРІЇ СМЕРТІ В КОНТЕКСТІ БІОЕТИКИ ТА БІОМЕДЦНОЇ ЕТИКИ

Досягнення біомедицини та біотехнологій з 70-х років сприяли технологізації вмирання та смерті. Стало можливим підтримувати життя у комі чи вегетативному стані тривалий час. Час смерті, пов’язаний із відключенням від штучних систем підтримки життєдіяльності людини, найчастіше став рішенням лікаря та/або родичів. Невизначеність статусу пацієнта, коли він уже не живий, але й не мертвий, поставив перед медициною, власне розвиток

якої сприяв появі таких станів, перед розробкою критеріїв смерті. Необхідно було розробити інструмент констатації смерті, визначення часу ефективності/ неефективності реанімаційних заходів, забезпечення правової основи посмертного донорства.

З самого початку дискусії точилися навколо визнання смерті кори головного мозку як критерію людської смерті. Відомо, що деструкція кори головного мозку як біологічної основи особистості призводить до незворотної втрати людиною свідомості. Такий підхід пов'язує смерть виключно із свідомістю. У такому разі слід було, наприклад, персистуючий вегетативний стан ідентифікувати як смерть. Як говорив великий Рене Декарт: «*Sōgitō ergō sum*». Справа в тому, що “з коми – гостра втрата свідомості, схожа на сон, але хворого не можна розбудити – можна вийти з різною глибиною неврологічного дефекту. При тяжких пошкодженнях півкуль головного мозку хворий перебуває у вегетативному стані, за якого періодично засинає і просинається, однак його свідомість не відновлюється. Вегетативний стан може бути як результатом коми, так і розвиватися поволі, у результаті прогресування неврологічних порушень...” [1, с.414]. Практика показала, що життя такого пацієнта, завдяки сучасним медичним рішенням, може підтримуватись понад десятиліття. Але жодна національна систем охорони здоров'я не витримує такого навантаження. Але, що стосується повернення свідомості, то “за рідкісним винятком, якщо хворий не опритомнів протягом шести місяців, шансів на відновлення вкрай мало, незалежно від природи пошкодження мозку. Тому гарантованим критерієм необоротності ПВС можна вважати 12 місяців несвідомого стану, а для осіб віком понад 50 років відновлення практично неможливе...” [1, с.415]. Випадки народження дітей пацієнтками у комі та вегетативному стані поставили крапку у цих дебатах. Мертва система не може відтворювати себе. Сьогодні вже відомі численні випадки народження дітей пацієнтками із такими діагнозами. Так, у 2019 році, після випадку народження дитини пацієнткою, яка перебуває 14 років у постійному вегетативному стані, доктор-експерт Дебора Фельдман заявила, що вона досліджувала ще 10 подібних випадків. Вона зазначила, що новий випадок “каже про те, що у пацієнтки насправді були органи, що нормально функціонують... Біологічно її організм дійсно функціонував дуже добре, щоб виростити доношену дитину” [2]. Слід зазначити, що завдяки розвитку медицини є поодинокі випадки повернення свідомості у таких пацієнтів. Один із них – відомий німецький автогонщик Формули-1, семиразовий чемпіон світу Міхаель Шумахер.

У 1968 році спеціальна комісія Гарвардського університету встановила нові критерії кінця людського життя, незважаючи на гарячі дискусії. Було визначено, що пацієнт вважається мертвим з того моменту, як належні медичні тести встановили смерть всього мозку (не лише кори, а й мозкового стовбура), навіть якщо пацієнт продовжує дихати завдяки роботі реанімаційної техніки [3, р. 85]. Як бачимо, в основі нових критеріїв смерті лежить не припинення серцебиття та дихання, а повна деструкція головного мозку. “Сіднейська декларація щодо констатації факту смерті”, прийнята у 1968 р. і доповнена у 1983 р. Всесвітньою Медичною Асамблеєю, свідчить: “Смерть є послідовним

процесом загибелі окремих клітин і тканин, неоднаково стійких до кисневого голодування. ...Момент настання смерті відповідає моменту незворотного припинення інтегративних функцій головного мозку, зокрема стовбурових функцій. ...Медична етика дозволяє припинити всі реанімаційні заходи в момент настання смерті, а також вилучити трупні органи, якщо отримана необхідна згода і законодавство країни не забороняє цього" [4]. Виходячи з цього, з 80 рр. ХХ ст. тільки повна дисфункція головного мозку визнається єдиною основою для констатації смерті людини. Так, у ст. 52 Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" зазначається: "Моментом незворотної смерті людини є момент смерті її головного мозку або її біологічна смерть... Смерть мозку визначається при повному і незворотному припиненні всіх його функцій, що реєструється при працюючому серці і штучній вентиляції легень" [5]. Виділена нами частина тексту статті має особливе значення у реаніматологічній та трансплантологічній практиках. Саме можливості реаніматології підтримувати серцебиття та дихання на спеціальних препаратах та апаратах виключили зупинку їхньої діяльності з критеріїв смерті.

Встановлення смерті було перенесено зі сфери авторитету лікарської компетентності у сферу законодавчої регламентації, отже, владних відносин. Життя, як й смерть, стають політичними категоріями, предметним полем, зокрема, біополітики. Саме в зоні невизначеності – на етапі вмирання, через який належить пройти кожній людині, стираються її соціальні характеристики і вона проявляється як "голе життя" за Джорджо Агамбенем. Регламентація державою встановлення смерті є змішанням біологічного та політичного, її порушення передбачає покарання. Межі зони вмирання (між життям та смертю) стають політичними. "Реанімаційний бокс, у якому коливаються між життям і смертю "новомертвий", "поза межна кома" і "псевдоживий", є простір виключення, де голе життя постає як таке, яке вперше повністю контролюється людиною та її технологіями. І оскільки йдеться не про природне тіло, а про граничне втілення homo sacer ("істота, проміжна між людиною і твариною"), саме тому ставкою в грі знову-таки виявляється визначення такого життя, яке може бути вбито без скоєння вбивства..." [6, р. 164-165].

Не можна сказати, що питання констатації смерті перестало викликати питання. Реаніматологія та трансплантологія є локомотивами сучасної медицини. Для трансплантації потрібні живі та здорові органи. Стандартне твердження, що пацієнт з повною деструкцією мозку може бути визнаний мертвим, при дотриманні певних медико-технологічних та юридичних вимог, тому що через певний час неминуче його серце та дихання зупиняться, містить у собі суперечність. В ньому є іманентно присутнім визнання серцебиття як критерію смерті. Мозок людини залишається органом, який на сьогоднішній день не має штучної системи заміщення та не піддається пересадці. Кілька компаній займаються створенням штучного аналога головного мозку. Найвідоміша з них нейротехнологічна компанія "Neuralink", придбана Ілоном Маском у 2017 році. Якщо ця робота буде успішною, то медицина та суспільство знову постануть перед необхідністю пошуку нових показників встановлення біологічної смерті людини.

Література:

1. Заява про персистуючий вегетативний стан// Запорожан В.М., Аряєв М.Л. 354 Біоетика та біобезпека: Підручник / В.М. Запорожан, М.Л. Аряєв. – К.: Здоров'я, 2013. – 456 с.
2. Scutti, S. (2019). How does someone in a vegetative state have a baby? 09 січня (2019). – URL: <https://edition.cnn.com/2019/01/09/health/vegetative-state-pregnancies/index.html>
3. Beecher, H. K. (1968). A definition of irreversible coma: report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. *Jama*, 205(6), 337-340. – URL: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/340177>
4. “Сіднейська декларація щодо констатації факту смерті”. (1968). – URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/140230___140230
5. Закон України. (1993). Основи законодавства України про охорону здоров'я. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 4, 2801-12. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
6. Agamben, G. (1998). *Homo Sacer: Sovereign power and bare life*. Stanford University Press, 228 p. – URL: <https://abahlali.org/files/Homo+Sacer.pdf>

Редькіна О. А.,

НМУ імені О.О. Богомольця,
redkina@ukr.net

СОТЕРІОЛОГІЧНЕ ПИТАННЯ БІОЕТИКИ: КРИТЕРІЇ ТА ДЕФІНІЦІЯ СМЕРТІ

Безсмертні Маклауди бувають лише в кіноказках для дорослих і єдине істинне питання у світі, яке ніхто не може спростувати, це те, що всі ми смертні. Таємниця смерті живим до кінця не дається, оскільки у всій своїй повноті відкривається лише після смерті. Тому проблема смерті назавжди залишиться чи найважливішими питанням релігії та філософії.

Гедоністичне ставлення до життя, засноване на принципі задоволення та отриманні максимального можливого комфорту, панує в сучасному секуляризованому суспільстві і тому більшість людей смерть настільки лякає, що навіть розмови про неї мають певну печаль табуованості. Сучасні люди в більшості своїй обернені до реальності буття, прагнуть до радощів і втіхи. І питання, як досягти земного щастя, стає пріоритетним завданням людини. Все інше, включаючи замогильні роздуми, виноситься за дужки людського буття. Оскільки смерть виринає людину із звичних умов існування і до того ж позбавляє її задоволення, то ідея самогубства стає дуже популярною в подібних культурах. До цього типу цивілізацій можна віднести деякі культури Індії, Риму епохи занепаду і сучасну європейську цивілізацію. Остання подає нам вражаючі приклади смертебоязні. Наприклад, якщо помирає хтось із близьких родичів, дітям про це не говорять і не дозволяють прощатися [1, с. 62].

Історія показує, що більшість цивілізацій належали до сотеріологічного типу – давні культури і культури, що були сформовані зороастризмом, іудаїзмом, християнством, ісламом і низкою інших релігій світу. Їх відмінною ознакою є те, що суспільство і кожна людина окремо витрачають колосальні зусилля, піклуючись про свою вічну долю, як би вона не розумілася. Звідси складні багатоденні похоронні ритуали, велетенські могильники, Стоунхендж, єгипетські піраміди, збудовані примітивними знаряддями. Звідси така увага до місцеперебування мертвих, притому що житла живих бідні і невибагливі. Згідно з цими уявленнями в кінці часів померлі знов вийдуть з черева землі. Таким чином, в цивілізаціях цього типу смерть сприймається як стадія життя, що задає всю систему етичних координат, в якій страждання приносить свободу, а праведність одержує вищий сенс. Більше того, саме життя пов'язане тут з потойбічною реальністю; вже звідси вона спрямована до благого посмертя [1, с. 62].

Люди, які пережили стан клінічної смерті, описують іншу реальність. І усвідомлення себе в іншому світі – це, звісно, і потрясіння, до якого неможливо приготуватися, скільки б ти не готувався і не читав про це. За останні десятиліття на книжний ринок потрапила ціла лавина “одкровень” різного толку дослідників і просто окультистів у псевдонаукових тогах, які представляють “життя після смерті” як захоплюючий містичний атракціон, серфінг в астралі за участю “доброзичливих істот і ангелів світла”. Ймовірно, ірраціональний світ на сторожі, перелатуючи стару ловчу сітку за модою цифрового покоління і розставляючи посилання для “просунутих користувачів” [2, с. 4].

У святителя Феофана Затворника Вишенського у тлумаченні 118 псалма є такі слова: “Якою б не дикою здається розумниками думка про митарства, але проходження ними не уникнути. Чого шукають митники у тих, хто проходить? Того, чи немає у них їхнього товару. Товар же їх який? Пристрасті” [2, с. 152-153]. Пристрасті або те, що називають гріхами, це те, що буде перепорою на шляху до Бога. А двадцять випробовувань (митарства) для покликаних у вічність – одне із перших серйозних і протверезних знайомств з новою реальністю, своєрідний “розбір польотів” після посадки. І скептичні смішки щодо митарств Феодори Цареградської в X столітті, що сприймалися як церковний фольклор, почнуть віддавати гіркотою.

Феодора описала підйом у двадцять сходинок і не можна перескочити жодну із них, не пройшовши попередню: перше митарство – митарство пустослів'я, друге – брехні, третє – осуду і наклепу, четверте – черевоугодництва і пияцтва, п'яте – лінощів і різного роду недбання про душу, шосте – злодійства, сьоме – сріблολюбства і жадності, восьме – хабарництва і всякого роду несправедливих придбань, дев'яте – митарство будь-якої неправди, десяте – заздрості, одинадцяте – гордині, дванадцяте – гніву, тринадцяте – злопам'ятності, чотирнадцяте – вбивства і всякого розбійництва, п'ятнадцяте – ворожби та іншого чаклунства, шістнадцяте – розпусти і блуду, сімнадцяте – перелюбу, вісімнадцяте – протиприродних блудних гріхів, дев'ятнадцяте – ересі та ідолослужіння, двадцяте – немилосердя. Перед входом до Ближніх печер Києво-Печерської Лаври на стіні зображено похід душі по митарствам і є чимало свідчень людей, які пережили стан клінічної

смерті, що підтверджують зображене.

Вільна воля в людини активна, тільки коли душа перебуває в тілі – це вирішальна умова, яка нам дана на землі. Правом особистого вибору можна користуватися, виключно поки живий. Після смерті отримуємо підсумок ухвалених рішень, який самі вже виправити не в силі. Про це йдеться в “Четьях-Мінеях” св. Дмитра Ростовського (Туптала): “Ангели сказали мені: “Неможливо тобі покаятися без тіла, яким чинив гріхи” [2, с. 7].

Сучасна прикладна наука стверджує, що енергія нікуди не зникає, а переходить із однієї форми в іншу. Якщо ці властивості мають навіть такі вторинні безликі енергії як теплова і електрична, то що говорити про складні психічні енергії в спектрі від любові до ненависті, що генеруються творіннями Божими, кожне з яких унікальне. Всі наші вчинки, слова, емоції і думки, щохвилино та цілодобово транслюються у Всесвіт, змінюють його живі обриси в залежності від прийнятого контенту і залишаються в Божих аналах, що блідо і бездиханно зімітовано у “вінчестрах” комп'ютера. Із цих “дисків пам'яті” після розлучення тіла з душею відтворюється життя перед очима душі в реальному часі від першої миттєвості до останньої [2, с. 5]. І все буде як по писаному – таємне стане явним. Оскільки всі наші дії будуть занотовані в старомодних свитках-хартіях, які складають падші ангели на кожного фігуранта, який проходить митарства. І до якої відмітки спектру в результаті наблизимся: нижчої чи верхньої – до того світу і будемо зараховані. Бо подібне притягується подібним.

Святитель Ігнатій Кавказький Брянчанінов у своєму “Слові про смерть” писав: “Коли тіло заснуло сном смертним, що відбувається з душею? Слово Боже відкриває нам, що наші душі після розлучення їх з тілами приєднуються – відповідно засвоєними ними у земному житті добрими чи злими якостями – до Ангелів світла чи до ангелів падших. З ангелами вони становлять за своїм еством один розряд істот, розмежовуючись за якістю, подібно до них, добром або злом” [3]. Відповідно до сотеріології, вчення про спасіння, все земне життя кожного присвячене належному входженню в потойбіччя, і кожен людський вчинок просвічується своєрідними x-променями вічності. Час смерті і те, що у православному світі називають проходженням митарств, є моментом істини.

Останні слова знаменитих людей у їх смертну годину хвилюють людей. Так останні слова з вуст Миколи Гоголя були: “Як легко помирати...”. Нам добре відомі його твори, але ми майже нічого конкретного не знаємо про його життя, яке було суцільною таємницею навіть для сучасників. А смерть стала чи не найбільшою загадкою, яку письменник залишив нащадкам. Ось матеріал з серії історичних розслідувань: “Тієї ночі він раптом заговорив українською. До того кілька разів у печі перегорнув зошити та папери, аби полум'ям взяли краще. А потім довго дивився на попіл другого тому “Мертвих душ” – своєї основної книги, яку писав десять років. І, потайки звертаючись до козачка, сказав мовою свого дитинства: “Недобре ми з тобою зробили, ох, недобре діло”. Сказав – і заплакав. Після чого повернувся до кімнати і вже не виходив з неї десять днів, аж до самої смерті”. Ігор Золотуський, біограф Миколи Гоголя говорив, що жодних фізичних ознак фізичного захворювання не було: “Лікарі лікували його тіло, а йшов від нас його дух. Після того, як він закінчив

свою земну працю, – а він розумів, що він уже не напише новий другий том, який буде досконалішим, вищим, прекраснішим – Господь закликає його до Себе”. Доктор філологічних наук Юрій Манн стверджує: “... він пішов із життя від душевних мук, хай як пафосно це звучить сьогодні. Адже так і не зміг воскресити змертвілі душі своїх сучасників. Простіше кажучи, Гоголя вбило те, що його книги так і не змінили світ” [4].

Переконавшись у безнадійності лікування пацієнта, і за часів античності, і за середньовіччя лікарі вважали свою місію закінченою і біля вмираючого залишався лише священник. Пряма участь лікаря в констатації смерті стали обов’язковими лише з середини ХІХ ст. з причини наполягань суспільства щодо уникнення випадків поховання людей, що насправді залишалися живими. Люди хотіли, щоб смерть констатували компетентні особи, насамперед лікарі. На початок ХХ ст. така практика стала практично загальноприйнятною і була закріплена Сіднейською декларацією ВМА (1968 р.).

Традиційно за надійну ознаку смерті вважалось припинення деяких важливих життєвих функцій людини, а саме: припинення дихання та зупинка роботи серця. Комбінація цих ознак набула в медико-юридичній літературі назви кардіореспіраторного критерію. Практичному використанню сприяла доступність його констатації. У другій половині ХХ ст. від згаданих критеріїв довелося відмовитися. Цьому сприяли успіхи реаніматології, розробка методів штучної вентиляції легенів і штучного кровообігу. У лікарів з’явилася можливість підтримувати життєдіяльність людського організму протягом тривалого часу, що, в свою чергу, поставило медичне співтовариство перед необхідністю вироблення нових уявлень про те, що таке смерть людини, і нових критеріїв смерті [1, с. 63-64].

Але щоразу рішення про припинення реанімаційної допомоги не лише вимагає виконання всіх покладених приписів, але і накладає особливу відповідальність: у разі помилки рівнозначно ненавмисному вбивству. За професором Б. Юдіним щодо коматозних хворих, період між станом “чітко живий” і “чітко мертвий” слід називати “зоною невизначеності”. У цій ситуації саме лікарі ухвалюють остаточне рішення про продовження життя або констатацію біологічної смерті пацієнта. Показник, що відповідає цим вимогам, був вироблений Комітетом Гарвардської медичної школи (1968 р.) і відомий як критерій смерті мозку. Він заснований на тому, що саме головний мозок є органом, що забезпечує структурно-функціональну цілісність організму і реалізацію процесів його життєзабезпечення (дихання, кровообігу, екскреції тощо), припинення якого незворотно призводить до загибелі всіх тканин людського тіла.

Проте новий критерій піддався критиці з двох позицій. Критика з традиційних позицій заснована на тому, що смерть головного мозку часто не призводить до негайного припинення функцій внутрішніх органів, контрольованих спинним мозком і автономною нервовою системою. Так, і дихання, і серцебиття можуть продовжуватися якийсь час після того, як електрична активність головного мозку припиниться. В результаті традиційний кардіореспіраторний критерій іноді може стати більш надійним, ніж мозковий в констатації факту смерті. Цю точку зору активно відстоюють деякі християнські

філософи. Критика з радикальних позицій базується на тому, що підтримка активності мозкового стовбура різними методами (особливо довгастого мозку) можлива на тлі повної і необоротної смерті ділянок, що відповідають за свідомість і мислення (кора великих півкуль, лімбічна система, базальні ганглії). У такій ситуації діагностується перманентний вегетативний стан людини, при якому зберігається робота внутрішніх органів, проте особистість пацієнта необоротно зруйнована. Така ситуація ставить лікаря, родичів пацієнта перед складним моральним вибором [1, с. 65].

Для більшості людей життям є існування особистості. Коли особистість зруйнована, а залишається тільки організм, є серйозні підстави вважати, що людина померла. На цій логіці базується критерій смерті вищих відділів мозку, згідно з яким смертю визнається стан повного і необоротного руйнування структури мозку, що є матеріальними носіями особистості.

У 1982 році президентська комісія США розглянула і відкинула цей критерій. У висновках комісії вказувалося, що на сьогодні відсутні такі тести, які дозволили б надійно і однозначно констатувати смерть вищих відділів мозку. Крім того, в найостанніші роки з'явилися повідомлення про те, що у деяких випадках пацієнтів, що досить тривалий час знаходилися в стані коми, вдавалося повернути до свідомості. Другим аргументом комісії було те, що дотепер серед філософів, вчених і медиків немає згоди в тому, що таке "особистість". Отже, на основі цих понять не можна побудувати критерій смерті, який би всіма розумівся однаково. Таким чином, найбільш коректним критерієм смерті індивіда поки залишається критерій загибелі мозку [1, с. 65].

У медичній практиці конкретні ситуації, які вимагають свого рішення, носять назву казусів. Тому і під час навчання при вивченні біоетики враховується її відмінна ознака – ситуативний характер. Ось приклад типового біоетичного завдання-казусу про відмову від лікування хворого і розумово відсталого новонародженого: "Новонароджена дитина страждає на атрезію заднього проходу та хворобу Дауна. Негайне хірургічне втручання дозволило б, імовірно, врятувати життя новонародженого, але його інтелект не перевищив би з часом рівня 4-річної дитини, а тривалість життя склала близько двадцяти років. Батьки відмовляються від операції, вважаючи за краще, щоб дитина померла природною смертю. Кому, на Ваш погляд, належить право вирішення даного питання і як би Ви вирішили його самі?" [1]. Студенту, майбутньому лікарю чи фармацевту пропонується надати аргументовану відповідь та вирішення завдання.

Складність більшості казусів і неоднозначність оцінок лежить на рівні різних юридичних актів, теоретичної етики, різних релігійних конфесій, буденної свідомості тощо. Все це обумовлює, з одного боку, їх відкритість для обговорення, а з іншого – можливість і допустимість (а часто і необхідність) прийняття індивідуальних самостійних рішень у конкретній ситуації як з боку лікаря, так і пацієнта [1]. І складний вибір буде зроблено, відштовхуючись від підходу людини – сотеріологічного чи гедоністичного.

Для людей мислячих і віруючих "життя майбутнього століття" безсумнівне і слова поминальної панахиди "земля еси и в землю отыдеси, а може вси человеци пойдем" не нагнітання страху, а лише нагадування. Нагадування

про те, що людину чекає вічність. І жити потрібно тут і зараз гідно, адже кожного, без винятку, буде чекати відповідальність за прожите земне життя. І якою буде ця вічність для кожного залежить від того, який слід ми залишаємо по собі і в що перетворюємо свою душу – в зерно чи плевели [2, с. 3].

Література:

1. Сучасні проблеми біоетики: Навч. посіб. для позааудитор. підгот. студ. спец. “Фармація”, “Клінічна фармація”, “Технологія парфумерно-косметичних засобів” / В. А. Мороз, В. В. Пропіснова, Д. В. Леонт'єв та ін.; За ред. В. А. Мороза. – Х.: Вид-во НФаУ, 2009. – 128 с.
2. Серикова В. Последняя точка. Удивительные свидетельства монахов и иных лиц, живыми проходившие мытарства. – К.: Горлица, 2019. – 240 с.
3. Сочинения епископа Игнатия; В 4 т. – СПб.: Тип. И. И. Глазунова, 1865-1867. – Т.2. Глава 24.
4. Сидоренко Ю., Гончаров Р., Килимник С. Гоголь. Смерть після смерті: “Подробиці Тижня”, телеканал “Інтер”. – 15 березня 2009 р. – URL: <https://podrobnosti.ua/589021-gogol-smert-pslja-smert.html>

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

Margita Kollárová,
Comenius University in Bratislava,
ISMME at Faculty of Medicine, Bratislava, Slovak Republic,
margita.kollarova@fmed.uniba.sk

**RELIGION AS A SOCIAL AND SPIRITUAL DETERMINANT
OF INDIVIDUAL AND PUBLIC HEALTH OF ADOLESCENTS**

Better health is, among other things, associated with the ability to engage in more frequent and diverse social activities, while religious engagement is one of the manifestations of social activity [1]. For example, social activity and engagement are related to loneliness [2, 3]. Church attendance is relatively common, especially among older adults, and its association with loneliness is explained by increased social integration and social support [1].

Religiosity and marriage have a positive effect on overall life satisfaction. Linda J. Waite and Evelyn L. Lehrer published an interesting review study in 2003 in which, based on the presentation of a numerous research, they concluded that married people and believers have better physical and mental health, are happier, have a higher standard of living, are more satisfied with their sex lives, experience less domestic violence, and their children achieve better outcomes than other people [4].

Religion is present in most societies, either in the sense that it is important or marginal in the lives of individuals, social groups and populations. And if we are to have a complete framework of social determinants of health, we should consider it along with other social, cultural, political, and economic counterparts [5].

Research carried out in Slovakia also confirms the positive influence of religiosity on the adult population [6] as well as on adolescents, for example in shaping and strengthening attitudes towards family life, marriage, alcohol and illegal drug use. Declared religiosity and religious practice are positively correlated with the attitude to study, with the level of education attained, as well as with the active use of free time [7].

The paper focuses on the analysis of religion and spirituality during adolescence from the point of view of social determinants of adolescent health as well as the individual. Today's transition to adulthood is a specific process as well as a winding path [8], more complex, disjointed, and confusing than in the past decades. The steps through and into school, long-term work, marriage, and parenthood are simply less organized and coherent today than in past generations [9].

Perhaps the most characteristic feature of this transition to adulthood in today's advanced Western societies is extended adulthood. Several important changes have led to the creation of this phenomenon in recent decades. These include: (1) a dramatic increase in education, (2) a delay in marriage (and an increase in cohabitation), (3) the creation of a global economy in which the security of permanent employment has been replaced by part-time employment.

Job opportunities requiring specific skills and flexibility (4) increasing the extent of financial and other support for children by parents in old age, (5) the spread of hormonal contraception and other reliable contraceptives, (6) the spread of postmodern thinking and culture, increasing the importance of the media (7) the growth of economic prosperity, mass consumption, as well as changes in child care labor laws [9].

The result of a complex and multidimensional process/social transformation (among other things) is the emergence of a specific period in the life of individuals. It is emerging adulthood [10] and is usually associated with increasing independence and individuality, as well as a specific time of life when individuals transition from the immaturity of childhood to adulthood [10, 11]. Young people in this period are looking for freedom, independence, autonomy from parents, spending free time without parents, fearing the future and trying to find means to achieve financial independence. Furthermore, a key feature of emerging adulthood is that it is the period of life that offers the most opportunities for identity exploration in the areas of love, work, and worldview [10].

Researching and studying religion and spirituality during adolescence is important for two reasons. First, the confluence of dramatic biological, psychological, social, and economic changes in adolescence suggests that this is a prime time for religious or spiritual change and development. Youth in this age group are becoming more autonomous in many spheres of life, emerging and creating their own identity based on how they have been socialized... A second motivating factor for studying religious and spiritual trajectories in adolescence is that many studies have found that religiosity and spirituality is related to positive adolescent outcomes such as higher self-esteem, better physical health, and higher educational aspirations, as well as protection against early sexual activity, delinquency, and alcohol and drug use [12, pp. 5-6].

Religiosity is a complex multidimensional phenomenon that takes many different forms. Individuals can be religious in different ways. And it is precisely the definition of the dimensions of religiosity that is very important when examining it, also considering the population within which it is examined. For example, R. Stark and C. Y. Glock in their well-known work defined religiosity in a more abstract way using the following five dimensions of religiosity: belief, experience, practice, theology (knowledge) and consequences (ethics) [6]. The Polish sociologist of religion W. Piwowarski (1996) developed a system of seven parameters for the study of religiosity. Of these, five actually correspond to the dimensions defined by C. Y. Glock and added to them the parameter, the dimension of the religious community and the parameter (dimension) of the overall relationship to faith. In his conception of the dimensions of religiosity, Piwowarski tried to consider the specific requirements placed on the research of Catholic religiosity. He also developed a system of suitable indicators for individual parameters/dimensions of religiosity: 1) overall relationship to faith, 2) knowledge, 3) ideology, 4) experience, 5) practice, 6) community, 7) consequences (ethics) [13].

Lisa D. Pears and Melinda Lundquist Denton, while investigating the religiosity of adolescents, were based on the dimensions of religiosity that are often used in the Western context, consider following three as the main ones: 1) Content of religious

belief (belief in God and attitudes towards religious exclusivism - expressing the belief that only one religion is true and accepting the teachings of that religion in full, 2) Conduct of religious practices (frequency of individual prayer, participation in religious services and helping others outside of organized volunteer activities) and 3) Centrality of religion (importance of religion, closeness to God, frequency thinking about the meaning of life), or what they developed as the three Cs. [12].

On this basis, they created five types (and profiles) of religiosity of adolescents, which they named as follows (calling them five As): 1) Abiders – according to all monitored indicators, they show a high level of religiosity. 2) Atheists – their religious identity is also characterized by relative agreement. They don't believe in God. 3) Assenters - they tend to believe in a personal God. Faith is not very important in their lives. Religious practice is occasional. 4) Adapters – belief in a personal God. Personal religious practice is at a high level. Public religious practice is variable. At a high level, the values are according to the indicator of help they need and according to the indicator of thinking about the meaning of life. 5) Avoiders – they show some faith in God, but it is faith in an impersonal (distant) God. Low level of religious behavior and religious centrality [12, pp. 38-55].

All religions have rituals (such as daily, weekly, and annual practices) for critical moments of birth, adolescence, and death – moments of crisis and transition in life when each religious group has a heightened concern for the well-being of each member. At such a moment, the health of the individual and the health of the group merge [5].

From both public health and religious studies perspectives, the connection between these cyclical practices and the human life cycle is profound...The gestures, clothing, foods, and music of religious practices are part of everyday life [5, p. 26]. For example, for young people, it is a lifelong exposure, health consequences of which can be direct or indirect, known or unknown, short-term or long-term. And although religious practices are strongly intertwined at the point of their daily lives, they subsequently profoundly influence adolescents' behavior and health outcomes.

In this context, it is important to carry out research on the religiosity of young people continuously and at the same time to have a suitable methodological setting for quantitative research, within which relevant evidence on religiosity as a determinant of health will be obtained. Above all, it is about identifying the dimensions of religiosity of young people. For example, the important dimension of religious practice, its multiple manifestations in different cycles and its investigation, has multiple implications/contextes.

From a public health perspective, we might consider these common experiences of youth to be exposures of predictable duration and frequency. Arguably, a religious studies perspective would direct attention to the content and meaning of the practice – its stories, teachings, and symbols. But all religious practices have a physical dimension; the body and its actions are a means of preservation [5].

The identification of religiosity profiles of adolescents is a very useful and valuable output of any research, which significantly contributes to a more detailed understanding of religiosity as a determinant level of health on both individual as well as public.

References:

1. ROTE S, HILL, TD, ELLISON, CG. (2012). Religious attendance and loneliness in later life. *The Gerontologist*. 2012 Apr 11;53(1):39-50. doi:10.1093/geront/gns063
2. HAWKLEY LC, BUECKER S, KAISER T, LUHMANN M. (2022). Loneliness from young adulthood to old age: Explaining age differences in loneliness. *International Journal of Behavioral Development*. 2022; 46(1):39–49. doi:10.1177/0165025420971048
3. CARMICHAEL CJ, REIS HT, DUBERSITEIN PR. (2015). In your 20s it's quantity, in your 30s it's quality: The prognostic value of social activity across 30 years of adulthood. *Psychol aging*. 2015 March; 30(1): 95–105. doi:10.1037/pag0000014
4. WAITE LJ, LEHRER EL. (2003). The benefits from marriage and religion in the United States: A Comparative analysis. *Population and Development Review*. 2003 Jun; 29(2): 255–276. doi: 10.1111/j.1728-445.2003.00255.x
5. IDLER EL. et al. (2014). Religion as a social determinant of public health. 1. Ed. ISBN 9780199362202. New York : Oxford University Press. 423p.
6. MATULNÍK J. et al. (2014). Analýza religiozity mladých katolíkov na Slovensku. *Poznatky zo sociologického výskumu*. 1. Ed. ISBN 978-80-7141-884-9. Trnava : Dobrá kniha. 347p.
7. KOLLÁR R, KOLLÁROVÁ M. (2014). Vzťah ku štúdiu. Voľnočasové aktivity. Návykové látky. In: MATULNÍK J. et al. (2014). Analýza religiozity mladých katolíkov na Slovensku. *Poznatky zo sociologického výskumu*. 1. Ed. ISBN 978-80-7141-884-9. Trnava : Dobrá kniha. Pp. 173-296.
8. ARNETT JJ. et al. (2015). Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties 2. Ed. ISBN 9780199983599. New York : Oxford University Press. Pp. 1-29.
9. SMITH C, LONGEST K, HILL J, CHRISTOFFERSEN K. (2014). Young catholic America. Emerging adults in, out of and gone from the church. 1. Ed. ISBN 9780199341078. New York : Oxford University Press. Pp. 1-7.
10. ARNETT JJ. (2000). Emerging Adulthood. A Theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*. 2000 May 55(5):469-480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
11. NELSON H. (2021). The theory of emerging adulthood 20 years later: a look at where it has taken us, what we know now, and where we need to go. *Emerging Adulthood*. 2021; 9(3): 179-188. doi:10.1177/2167696820950884
12. PEARCE LD, DENTON M. (2011). A faith of their own: stability and change in the religiosity of america's adolescents. 1. Ed. ISBN: 978-0-19-975389-5. New York : Oxford University Press. 243p.
13. PIWOWARSKI W. (1996). *Socjologia religii*. 1. Ed. ISBN 9788322804216. Lublin: Red. Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. 473p.

SOCIAL MEDIA AND CYBER CONSPIRACIES – JESUS KRIST AND HIS FAKE VIRTUAL IDENTITY

St. Luke Voyno-Yasenetsky's understanding of Jesus Christ was deeply rooted in his faith and medical vocation. To him, Jesus was not merely a historical figure or a religious symbol, but the embodiment of compassion, healing, and divine love. Through his medical practice and spiritual ministry, St. Luke saw Jesus as the ultimate example of selfless ministry and empathy towards the suffering. He believed that in Jesus, humanity found solace, redemption, and hope for physical and spiritual ailments [1, 2]. Similarly, St. Luke saw Jesus as his source of mercy, guiding him in his ministry to the sick, the marginalized, and the afflicted. St. Luke's understanding of Jesus Christ was one of profound reverence and unwavering faith, shaping his identity as both a Christian doctor and a compassionate shepherd to those in need.

We can see, that for St. Luke, Jesus was not just a distant figure of the past, but a living presence in his life, as well as in the lives of those who sought healing and comfort. St. Luke endeavoured to emulate the teachings and actions of Jesus, integrating his Christian faith with the principles of medical science [3, 4]. His deep understanding of Jesus as a shepherd and saviour remains relevant and profound to this day. He saw Jesus as a historical figure as well as a living presence guiding and comforting those in need. Moreover, St. Luke's belief in Jesus as the ultimate shepherd who leads and protects his flock resonates with many believers who seek guidance and solace in their faith. It is a personal and deeply lived experience, a personal relationship with the living Christ; about an experience and a relationship unknown in the digital space of deliberately false ideas...

In the digital space exists a plethora of diverse ideas and interpretations concerning Jesus Christ, many of which could be categorized as conspiratorial. These notions are shared through social media, online discussions, and alternative media platforms, encompassing various theories and perspectives that diverge from traditional Christian beliefs. These misconceptions distort the identity and mission of Jesus Christ and frequently undermine his salvific significance, as understood within Christian tradition and faith. Moreover, these theories often manifest as comprehensive falsehoods, sparking controversy and contradictions among believers and sceptics alike. Paradoxically, many controversial and simultaneously highly conflict-ridden theories surrounding the person and significance of Jesus Christ, as propagated in the social media environment, tend to lead to widespread dissemination and increase their credibility.

Interestingly, although the digital space (event. virtual space, cyberspace, electronic environment) is still referred to as "new" [5, 6, p. 6-11] and digital media as "new media"[7, 8, p. 210], conspiracies are certainly not a new phenomenon. On the contrary, conspiracies have existed in the past and continue today in slightly modified and/or entirely new forms. An example of a well-known conspiracy from our history is the alleged deliberately started fire in Rome, purportedly ignited by

Christians. This conspiracy was propagated by the Roman emperor Nero, who in 64 AD blamed the burning of Rome on the Christian community to justify its subsequent harsh persecution. Conversely, Christians themselves have also been implicated in conspiracies, some of which were directed for example against the Jews. One such conspiracy is known as the “blood libel,” which falsely accused Jews of murdering mostly Christian’s children for ritual purposes [9]. This belief unfortunately persists in various forms of contemporary anti-Semitism.

Not even Jesus Christ remains unnoticed by conspirators. On the contrary, He becomes the subject of various conspiracies and entire conspiracy theories. In other words, although Jesus Christ is an integral part not only of Christianity but also of world history and culture, He nevertheless becomes the subject of many false, even conspiratorial, theories and controversies. Among conspiracy narratives about Jesus Christ are these assertions:

(1) Conspiracy about Jesus’s identity – This conspiracy suggests Jesus Christ wasn’t the divine Son of God in human form, but rather an influential figure with an unconventional background. It simplifies Jesus’s identity, proposing Him as a political leader, an alien, a reincarnated spiritual being, a messenger from another civilization, a Greek philosopher or other unconventional roles. Such theories mislead about Jesus’s historical context and religious significance.

(2) Conspiracy about Jesus’s secret teachings – This theory claims Jesus left behind secret teachings deliberately concealed by the Church. It alleges these teachings, reserved for the initiated, contain mystical insights and spiritual knowledge. Proponents argue the Church hides these teachings to maintain control over Christian interpretation and practice.

(3) Conspiracy about Jesus’s marriage and offspring – This conspiracy posits Jesus married and had children, contradicting traditional beliefs. It suggests secretive relationships with Mary Magdalene and hidden descendants [10]. Allegedly, the Church suppresses this information to preserve its authority, despite lacking historical evidence of Jesus’s marital status or offspring.

(4) Conspiracy about Jesus having a twin brother – While mainstream Christianity believes Jesus had a brother named James, this conspiracy suggests He had an identical twin named Thomas. It undermines Jesus’s sacrificial role and divine uniqueness, presenting another perfect being born from Mary [11].

(5) Conspiracy about Jesus’s faked death and escape – This theory contends Jesus didn’t die on the cross but staged His death to escape persecution. It offers various explanations, such as Jesus’s medical knowledge aiding survival [12]. This idea taps into the desire for a heroic figure to overcome death.

(6) Conspiracy about Jesus not existing – This belief argues Jesus Christ was a fictional character fabricated by the Church to control people. It denies Jesus’s historical existence and teachings, despite historical accounts referencing His crucifixion and recognition even by historian (Tacitus) or those critical of Christianity [13].

(7) Others.

Among other things, experts accuse the conspirators of:

(1) Absence of scientific knowledge and scientific criteria, insofar as they offer simple causes based on personal interpretations, feelings, and explanations of

otherwise complex phenomena (as opposed to scientific explanations that are more difficult for humans to understand) [14, 15, p.17-20];

(2) Little or no emphasis on a deeper understanding of the context, longer time devoted to the study of the issue, or additional effort; conspiracies and conspiracy theories are therefore considered an intellectually simpler and faster path to conclusions [16, p. 193-203];

(3) Emphasizing simple causes and explanations that are “intuitively clear”, i.e., we do not need to analyse them in a complex way, we decide on the truth of the opinion spontaneously [17];

(4) Presenting “unequivocal revelations” and very specifically emphasizing one’s intention and plan, i.e. directly naming the culprit [18];

(5) Presenting “own visions of anticipated future consequences” [15, p. 36];

(6) Other shortcomings.

References:

1. Baloyannis, S. (2015). “Saint Luke Metropolitan of Simferopol as physician, surgeon and academic professor”. *Encephalos*, 52, pp. 37–52.
2. Sakkas, H. and Spyropoulou, P. (2021). “The legacy of Saint Luke (Valentin Felixovich Voyno-Yasenetsky) to medical sciences”. *History of science and technology*, 11(1), pp. 68-83. <https://doi.org/10.32703/2415-7422-2021-11-1-68-83>
3. “St. Luke the Surgeon: Science and Faith”. Available at: <https://throughthegraceofgodorthodoxchristianity.wordpress.com/st-luke-the-surgeon-science-and-faith/> (Accessed: 2 May 2024).
4. Ditkovskaja, I. E. (2018). “Ethical principles of V.F. Voyno-Yasenetsky in the context of personal education philosophy”. Available at: <https://www.semanticscholar.org/paper/ETHICAL-PRINCIPLES-OF-V.F.-VOYNO-YASENETSKY-IN-THE-%D0%94%D0%B8%D1%82%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F/568a2b28acd56d6b93d96637c0f8b859c77db7ca> (Accessed: 2 May 2024).
5. Tuten, T. L., and Solomon, M. R. (2015). *Social Media Marketing*. Switzerland: SAGE Publications.
6. Jiráček, J., and Wolák, R. (2007). “Mediální gramotnost jako dimenze současného člověka”, In J. Jiráček and R. Wolák (eds.). *Mediální gramotnost: nový rozměr vzdělávání*. Praha: Radioservis. pp. 6–11.
7. Anderson, J. And Rainie, L. (2021). “The Future of Digital Spaces and Their Role in Democracy”. Available at: <https://www.pewresearch.org/internet/2021/11/22/the-future-of-digital-spaces-and-their-role-in-democracy/> (Accessed: 1 May 2024).
8. McQuail, D. (2009). *Úvod do teorie masové komunikace*. Praha: Portál, p. 210.
9. Holocaust Encyclopedia. (n.d.). “Blood libel”. Available at: <https://encyclopedia.ushmm.org/content/en/article/blood-libel> (Accessed: 5 May 2024).
10. Kruger, M. J. “Was Jesus married to Mary Magdalene? Revisiting a

- stubborn conspiracy theory". Available at: <https://corechristianity.com/resources/articles/was-jesus-married-to-mary-magdalene-revisiting-a-stubborn-conspiracy-theory> (Accessed: 3 May 2024).
11. Lasher, J. "“Bible Scholars” Pushing Insane Conspiracy Theories on Jesus". Available at: <https://mycharisma.com/culture/bible-scholars-pushing-insane-conspiracy-theories-on-jesus/> (Accessed: 3 May 2024).
 12. St. Andrew's Episcopal Church. "Resurrection? Or conspiracy theory?" Available at: <https://saintandrewstampa.org/resurrection-or-conspiracy-theory/> (Accessed: 10 May 2024).
 13. Flanagan, S. and Fischer, W. "The weirdest conspiracy theories about the bible". Available at: <https://www.grunge.com/651903/the-weirdest-bible-conspiracy-theories/> (Accessed: 3 April 2024).
 14. Panczová, Z. (2017). *Konšpiračné teórie: témy, historické kontexty a argumentačné stratégie*. Bratislava: Veda.
 15. Allred, N. and Bolton, L. E. (2024). "Conspiracy Beliefs and Consumption: The Role of Scientific Literacy". *Journal of Consumer Research*, ucae024. <https://doi.org/10.1093/jcr/ucae024>
 16. Green, R. and Robison-Green, R. (2019). *Conspiracy Theories and Philosophy*. Chicago: Open Court.
 17. Pytlik, N., Soll, D., and Mehl, S. (2020). "Thinking Preferences and Conspiracy Belief: Intuitive Thinking and the Jumping to Conclusions-Bias as a Basis for the Belief in Conspiracy Theories". *Frontiers in Psychiatry*, 11(568942), pp. 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.568942>
 18. Lewandowsky, S. and Kozyreva, A. (2024). "Algorithms, Lies, and Social Media". Available at: <https://www.openmindmag.org/articles/algorithms-lies-and-social-media> (Accessed: 3 April 2024).

Васюк І. В.,
НМУ імені О.О. Богомольця,
irina_nina@ukr.net

ТЕРАПЕВТИЧНИЙ ЕФЕКТ МОЛИТВИ З ПОЗИЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Поступальний наполегливий рух сучасної медицини убік доказової медицини висуває низку питань щодо ролі в ній медичних практик, які не можна віднести до доказових. Річ у тім, що до таких практик належить досить широке коло явищ, які тією чи тією мірою застосовують у лікуванні певних хворобливих станів. З одного боку, відсутня надійна доказова база для визнання їхньої ефективності, а з іншого – немає вагомих підстав ідентифікувати їх як псевдонауку чи шарлатанство. Більш коректно класифікувати їх як паранаукове знання. Крім цього, неможливо нівелювати певні ефекти, що виникають у результаті їхнього застосування, навіть коли йдеться про ефект плацебо або самонавіювання, тригерами яких виступають

ці методики. Для прикладу, ідеться про гомеопатію, медитацію, молитву, ментальне цілительство, арттерапію тощо.

Доказова медицина сприймає перспективу зцілення релігійною вірою з глибоким скепсисом і недовірою. Свою позицію вона аргументує через низку логічних доказів тобто перевіряючи оприлюднені факти чудесних зцілень за допомогою алгоритму наукового експерименту. Як правило, вістря критики доказової медицини щодо цих зцілень спрямоване на феномен християнської молитви (як колективної, так і індивідуальної).

За християнським віровченням, наслідком людської гріховності є хвороби, що Божою волею спрямовують людину на шлях істини. Трапляється й так, що захворювання може сприяти її благу, коли "тілесні хвороби сприяють зціленню душевних ... ними гріхи очищуються". За таких обставин християнська церква наполягає на тому, що, захворівши, людина повинна покаятися, особистою і церковною молитвою просити Бога про зцілення. Саме покаєння й молитви церква визнає головними лікувальними засобами. У духовній літературі наголошується, що Господь, перш ніж зцілити хворого, простив йому його гріхи [1]. Фактично, молитва стає генератором формування своєрідної суб'єктивної реальності людини, способу мислення і життя загалом. Не випадково молитовний процес формує складну архітектуру духовного способу буття людини.

Представники доказової медицини наполягають на тому, що вплив молитви на організм можна довести, якщо зафіксовано параметри її впливу на мозок. Однак фіксацію таких параметрів ускладнено, як і докази того, що душевні стани, викликані молитвою, неможливо досягнути іншими, секулярними практиками. Більш точно, люди, які не вірять у Бога, так само можуть досягати стану спокою і радості, піднесення, різноманітних медитативних станів. Доведення оздоровчого потенціалу молитви актуалізувалося завдяки низці експериментів, а саме: експерименту Галтона, експерименту з ВІЛ Сичер-Тарга, експерименту Ча і Вірта, I і II експериментів Крюкоффа, експериментів Берда і Гарріса тощо [2].

З часом результати всіх цих експериментів були спростовані через некоректність умов їхнього проведення або відверту фальсифікацію результатів. Як виявилось, на результати деяких експериментів вплинули чинники, не враховані дослідниками, що й спотворило їхні результати. Не деталізуючи вади кожного з експериментів, наведемо кілька прикладів.

Так, експеримент із ВІЛ Сичер-Тарга (1998) проведено за жорсткою подвійною сліпою схемою з випадковими призначеннями. Сичер і Тарг взяли 40 пацієнтів, хворих на ВІЛ, і випадковим способом поділили їх на дві групи: тих, за кого будуть молитися, і тих, за кого не молитимуться. Учасники знали про це, але не знали, до якої групи вони належать. Рандомізацію проводив комп'ютер, причому з урахуванням відповідності рівня функціонування імунної системи, віку і попередніх ускладнень. Фотокартки учасників розіслали різним цілителям, що належали до християнського, буддистського, ісламського, шаманістського тощо віросповідань. Жодний з них не був знайомий і ніколи не зустрічався з пацієнтами. Цілителі молилися і виконували відповідні обряди протягом однієї години шість днів поспіль. Потім відбувалася

ротація. На кожний із десяти тижнів експерименту хворим обраної групи призначали чергову групу із десяти цілителів, які продовжували ритуал. Результат експерименту вражали. Пацієнти із контрольної групи, за яку ніхто не молився, провели в лікарні на 600 % більше часу й отримали на 300 % більше можливих ВІЛ-залежних захворювань. Імовірність випадкового збігу таких обставин дорівнювала 1/20 [2]. За результатами цього дослідження Тарг отримав грант у розмірі 1,5 млн. доларів для додаткового дослідження пацієнтів з ВІЛ і раком мозку.

Але через чотири роки після публікації результатів цього дослідження науковці По Бронсон, а через деякий час Керролл спростували його результати, виявивши наріжний камінь нерелевантних результатів. Насправді методику розробляли для порівняння смертності в групах з молитвою і без молитовної підтримки, а не для моніторингу стану їхнього здоров'я. Утім, у дослідження втрутився серйозний додатковий чинник, що й спотворило результат. Виявилось, що через місяць після початку експерименту популярності набула нова антиретровірусна терапія ВІЛ, яка працювала настільки добре, що за весь час проведення експерименту в обох групах помер лише один пацієнт. Бажаними, а не дійсними виявилися й дані про радикальну відмінність у якості життя пацієнтів з першої і другої груп. Вони також були приблизно однаковими. Крім цього, перевірка процедури підготовки експерименту поставила під сумнів і «сліпоту» методики. Єдиним підтвердженим результатом стало те, що справді, поки тривав експеримент, люди із молитовною підтримкою значно менше відвідували лікаря і перебували на стаціонарному лікуванні, ніж пацієнти із контрольної групи.

Наймасовіше релевантне експериментальне дослідження терапевтичного потенціалу молитви у 2006 році провів Герберт Бенсон, відомий гарвардський кардіолог і учений з репутацією чесного педантичного професіонала. Ефективність молитви досліджували в шести лікарнях на пацієнтах, які підлягали операції коронарного шунтування. Цих людей у випадковий спосіб поділили на три групи: 604 пацієнти отримали молитву заступництва, але не знали, моляться за них чи ні; інші 597 не отримали молитви заступництва й так само не знали, моляться за них чи ні; 601 пацієнт точно знав, що за нього моляться, і за цих пацієнтів справді молилися. Молитву забезпечували три християнські групи, які молилися за успішну операцію і швидше одужання конкретних пацієнтів. Результат виявився неочікуваним. Групи 1 і 2 (з молитвою і без) не розрізнялися за жодним із контрольованих параметрів, у тому числі й за смертністю та ускладненнями. Натомість у групі 3 – у тих, хто отримав заступництво і знав про це, ускладнень було на 14 % більше, ніж у тих, хто отримував молитву, але не знав про це достеменно. Попри це, показовим є той факт, що сам Герберт Бенсон високо цінував психотерапевтичні і релаксаційні якості молитви, наполягаючи на тому, що вона працює за принципом антистресового “релаксаційного відгуку”. У цілому ця позиція відповідає загальному підходу офіційної медицини до молитви і до зцілення вірою.

Як бачимо, існують різні думки щодо ймовірності зцілення релігійною вірою, які подекуди суперечать одна одній. На тлі конвенції з опонентів

щодо психотерапевтичного ефекту молитви і релігійного зцілення загалом інші ефекти – сумнівні. У більшості випадків дівість молитви не витримує експериментальної перевірки й демонструє ефект плацебо [3, с. 145], що не заперечує припустимості її застосування в терапії окремих хвороб.

Література:

1. Біблія, Мк. 2, 3 – 12.
2. Jonathan C. Smith. Pseudoscience and Extraordinary Claims of the Paranormal: A Critical Thinker's Toolkit. Wiley-Blackwell. – URL: <https://www.wiley.com/en-us/Pseudoscience+and+Extraordinary+Claims+of+the+Paranormal%3A+A+Critical+Thinker%27s+Toolkit-p-9781444358940>.
3. Іщук Н. В. Філософія релігії та медицини в постсекулярну добу: матеріали V Міжнар. наук.-практ. конф., присвяченої пам'яті свт. Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького). – К.: НМУ ім. О. О. Богомольця, 2023. – 285 с. - С. 142-146.

Кірієнко С. В.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
socioauxmail18@gmail.com

ОСОБЛИВОСТІ РЕЛІГІЙНОГО ПІЗНАННЯ ТА ЙОГО ЗНАЧЕННЯ У НАШ ЧАС

Релігію дуже часто протиставляють знанню, стверджуючи, що релігія тим чи іншим чином є фантазією, міфологічним, вигаданим, далеким від реальності явищем людської (у марксизмі – “суспільної”) свідомості. На нашу думку, таке ставлення до релігійного знання спровоковано найбільшою мірою дивною конкуренцією релігій та конфесій (деномінацій) між собою: саме “інша релігія” схильна проявляти дивну, насправді – найбільшу можливу неповагу до “релігійних” знань будь-якої конкретної релігії. Головне джерело неповаги до релігії як джерела знань – це інша релігія (до певного моменту історії, коли, завдяки глобалізації культури та універсалізації цінностей, різномірні релігії побачили можливість співпраці). Викликає сумніви наївне твердження, що релігійний світогляд був витіснений науковим – це лише частково є правдою. Історія науки та наукового прогресу показує, що, принаймні для багатьох діячів науки, релігійні переконання цілком сумісні із науковими знаннями, науковою професією, науковими відкриттями. Релігія також є предметом вивчення декількох конкретних наук, також філософських дисциплін. Тож очікування, що релігія під впливом науки швидко зійде з історичної сцени – не є правдою. Але, мабуть, є правдою, що догматичні релігійні вчення або ті частини релігійного світогляду, що були засновані на догмах (ті частини релігійних вчень, що містили догми, оперували догмами), були витіснені розвитком наукових знань і розвитком самого релігійного вчення. Мабуть можна твердити: там,

де релігія вимагала від прихильника наївної беззастережної віри, науковий та соціальний прогрес завдали шкоди релігійним ідеям, але інший бік релігії, який не апелює до людської наївності, але, навпаки, спирається на деякі глибинні властивості людської психології (з точки зору віруючих – властивості “душі”) або на глибинні (можна використати слово “духовні”) засади людського мислення, не зазнав помітної шкоди від розвитку науки. Навпаки, цей, глибший прошарок релігійного світогляду завдяки розвитку науки виграв конкуренцію у менш інтелектуальних і менш стійких прошарків релігійної свідомості. Глибина релігії витримала конкуренцію із усім науковим та технічним (і відповідним світоглядним) прогресом. Поверхневий, забобонно-невігластський шар релігійних вірувань зазнав внаслідок прогресу – деякої шкоди. Саме цим, мабуть, пояснюється “живучість” релігії на тлі потужного історичного розвитку наукових знань: шкоди від розвитку науки зазнає та частина релігійного світогляду, яка, власне, або не є знаннями взагалі або є “знаннями”, що виходять з навідомого джерела і, для критики інших релігій, нічим не відрізняється від зловмисної фантазії, багатство якої легко пояснити “демонічним” походженням.

З точки зору прибічників більшості релігій лише одна релігія є вірною (та, яку представляє прибічник), багатство духовних переживань решти релігій пояснюється демонічними задумками злих духів. Але зовсім “невразливими” до наукового прогресу виявились (1) багатоманітний внутрішній досвід людини (релігійний: як чуттєвий так і інтелектуальний) та (2) метафізичні релігійні (теологічні) міркування, предмет яких або поки недосяжний сучасній науці, або взагалі не підлягає науковому дослідженню у навіть дуже віддаленому майбутньому. Зокрема, цим зайняте те, що ми називаємо релігійною філософією. Як наука не може вирішити ряд філософських питань (у підручниках ці питання позначають як “вічні”), так і релігійна філософія має ряд питань, яких наука не торкається.

Отже, намагаючись зрозуміти статус, сучасну роль та природу релігійних знань, слід провести межу не між релігією та наукою і не між релігією та філософією (чи релігією та атеїзмом), а слід провести подумки межу всередині самої релігії, відділивши релігійні знання від решти феноменів релігійної свідомості. Це тонка межа, тонкий поділ. І цей поділ не має “природних” прихильників. Прибічники релігій (будь-якої релігії) навряд чи з ентузіазмом потавляться до чийогось намагання ззовні проводити межі всередині релігії. Прибічнику релігії це повинно здаватися некомпетентним і грубим, здійснюваним ззовні руйнуванням цілісного образу релігії чи руйнуванням неперервної тканини релігійної свідомості. Віруючі та релігійні мислителі виходять з ідеї цілісності (можливо краще сказати “органічної цілісності” релігії). З іншого, протилежного боку, критики релігії (атеїсти, антиклерікали, скептики, агностики та інші) теж навряд чи схильні до такого тонкого поділу всередині релігійного мислення, який в результаті ніби надає релігійному мисленню та релігійному знанню більшої природності, виводить (рятує) частину релігійного вчення з-під жорсткої нищівної критики прибічників наукового прогресу або (у випадку з марксизмом) з-під критики з боку прибічників матеріалістичного світогляду. Але ми змушені стверджувати,

що цей поділ, несприйнятний ані для надто наївних прибічників релігії, ані для традиційних (теж – наївних) критиків релігії, вже здійснено попри відсутність прихильників, його здійснено історією. Зовнішня, забобонно-обскурантистська частина релігії частково втрачає вагомість, внутрішня, більш інтелектуальна частина релігії – не просто виживає, а, якоюсь мірою трансформуючи на своїй основі всю релігію, дозволяє релігійним вченням частково зберігати свій вплив а може й виживати, навіть у множинності їх властивостей. Колись прибічники нерелігійних світоглядних вчень чи прибічники нетрадиційних (переслідуваних) релігій змушені були апелювати до терпимості, плюралізму, до милосердя представників домінуючих релігійних напрямів з метою виживання. Зараз (іронія долі) іноді прибічники саме традиційних релігій змушені апелювати до ідеї плюралізму думок, до “світської” цінності свободи думки, свободи совісті (тобто, свободи вірувань), щоб вижити у сучасному світі.

Отже, предметне поле сучасного релігійного пізнання включає:

- релігійне вчення (включаючи містичну чи метафізичну частину тою мірою, якою це можна називати знанням);
- особиста духовна доля людини, витлумачена в полі релігійного вчення;
- релігійні переживання та внутрішній досвід релігійної людини;
- пов'язані з релігією наукові та філософські ідеї, що не є частиною релігійного вчення як такого, а є результатом осмислення досвіду перебування релігії у цьому світі, конкретному суспільстві, правовій системі, конкретному моральному середовищі, буття релігії частиною історичного розвитку людства;
- актуальні проблеми, які постали перед людством в умовах сучасного глобалізованого світу: питання миру, екології, числені біоетичні питання тощо.

Отже, у сучасному постсекулярному світі актуальним є питання поглибленого діалогу між наукою та релігією а також між різними релігіями та конфесіями.

Література:

1. Предко О. І. Феномен релігійної віри: сенсожиттєвий вимір. Наукові праці. Філософія, 2017. Т. 300, № 288. – С.44-48.
2. Предко О. І. Релігійна віра як екзистенційне підґрунтя особистості. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Філософія. Політологія, 2012. № 109. – С. 26-30.
3. Москалець В. П. Психологія релігії. Посібник. Київ, Академвидав, 2004. – 192 с.
4. Hart David Bentley. The Experience of God: Being, Consciousness, Bliss. Yale University Press, 2013. – 365 p.
5. Heidegger Martin. Being and Time: A Translation of Sein und Zeit. State University of New York, Albany, 1996. – 518 p.
6. Manoussakis John Panteleimon. God after Metaphysics. A Theological Aesthetic. Indiana University Press, Bloomington, 2007. – 213 p.
7. Plato. Theaetetus. Sect 155a-d.

8. Yannaras Christos. Elements of Faith: An Introduction to Orthodox Theology. Bloomsbury T&T Clark, 2000. – 182 p.
9. Yannaras Christos. Person and Eros. Holy Cross Orthodox Press, 2007. – 416 p.
10. Yannaras Christos. On the Absence and Unknowability of God: Heidegger and the Areopagite. Continuum (London), 2005. – 136 p.

Кудин О. О.,
НМУ ім. О. О. Богомольця,
ookudin61@gmail.com

СПІВВІДНОШЕННЯ ПОНЯТЬ “ШАРІАТ” І “ФІКХ” В ІСЛАМСЬКИХ ФІЛОСОФСЬКИХ ТА ПРАВОВИХ ДОКТРИНАХ

“Ісламське” право співвідноситься з такими поняттями як “шаріат” та “фікх”, які розглядаються в науково-конфесійних джерелах по-різному. Дані категорії осмислюються ісламським правом як релігійно-філософські феномени, щодо вирішення проблеми його історії, джерел, характерних особливостей, перспектив розвитку, а також пояснення сучасного законодавства ісламських країн, яке закріплює шаріат або фікх як джерела законотворчості [4].

Шаріат, що в перекладі з арабської мови означає: “вірний шлях до мети”, у розумінні ісламського світу означає – шлях Божий. Це норми та принципи, які насамперед закріплені у Сунні та Корані пророка Мухамеда, за якими повинен жити вірний мусульманин.[1]

Принципи шаріату нормують усі сфери життя мусульманина. У різних ісламських країнах вони у різній мірі вписані в нормативно-правові документи або конституцію цієї держави.

Поняття “шаріат” позначається як “вірний шлях”, а в ісламській культурі поєднується з Аллахом, слідуючи якому мусульманин набуває нагороди у вигляді довершеності, мирського благоденства і може потрапити до раю.

Аналіз шаріату вимагає відповіді на питання чи передбачає шаріат встановлені норми, які придатні для всіх життєвих випадків, чи включає він точні й однозначні правила поведінки мусульманина з будь-якого приводу.

З цього питання існують два підходи. Перший з них ґрунтується на тому, що шаріат містить відповіді на всі питання, усталені правила поведінки на будь-які життєві випадки [4]. Шаріат включає загальну систему норм та понять, що бездоганно регулює спосіб ісламський спосіб життя. В мусульманських регіонах найчастіше шаріат виступає саме як всеохоплююче ісламське право, як закон. Законами шаріату в повній мірі регламентується кожен крок мусульманина, де все обумовлено заздалегідь і не залишається місця свободі вибору.

Другий підхід характерний для авторитетних ісламських учених, згідно з якими шаріат складається з кількох різновидів приписів. Його різновиди складають явно зрозумілі приписи Корану й суні, які мають ясний смисл.

Це конкретні правила виконання мусульманами своїх релігійних обов'язків, проте чітких норм, що регулюють взаємовідносини людей, є зовсім не багато. Означені правила мають безпосередній релігійний характер, а виконання багатьох з них вважається для мусульман обов'язковим, оскільки складає основу їхнього релігійного статусу. [2]

Фіхх – це сукупність практичних постанов та законів, які є результатом юридичного тлумачення фахівцями з ісламського права, а також продуктом людського розуміння та тлумачення джерел права, відображає спроби фахівців з ісламського права зрозуміти суть шаріату та застосувати його принципи та загальні вказівки до конкретних випадків. [3]

Фіхх має на меті відображення вищих, небесних релігійних законів в усіх формах мусульманського життя. В його компетенції містяться принципи та норми державного, громадського, релігійного життя, правила проведення культів, кримінальне право, спадкове, сімейне, етичні принципи та закони адміністративного управління. Фіхх втілює, власне, ісламську релігійну орієнтацію усіх проявів громадського і особистого життя мусульманина.

Побувають дві основні частини фіхху: Усуль аль-фіхх(корені фіхха) - виключно теоретична і Фуру аль-фіхх(гілки фіхха) - прикладна.

Перша частина – це джерела фіхху-права, а також основи теорії та методології фіхх-юриспруденції. Склалася вона не одразу, а з початком систематизації фіхху, оскільки перше покоління правовірних її не потребувало.

У свою чергу, друга частина – це частина фіхху, що займається практичною розробкою законів і правил регулювання громадського та особистого життя мусульман [4]. Це саме та частина фіхху, що формує ісламське позитивне право.

Щодо питання співвідношення понять “фіхх” та “шаріат” зустрічаються різні і навіть прямо протилежні погляди, які в певній мірі демонструють історичну еволюцію даних понять. В сучасному ісламському законодавстві немає однозначної, загальноприйнятої точки зору.

Відмінності в розумінні даних понять певною мірою збереглися в ісламській теоретичній думці, особливо в тій галузі, що займається джерелами фіхху. В мусульманській правовій концепції з часом склалося інше розуміння шаріату й фіхха як юридичних понять. Насамперед це було пов'язане з поступовим поділом колись єдиної області знань на декілька самостійних дисциплін. В результаті фіхх став означати, власне, мусульманську юриспруденцію, предмет якої склала лише одна сторона шаріату – так звані практичні норми, тоді, як питання догматики стали вивчатися теоретичним богослов'ям, а проблеми внутрішнього переконання й самовдосконалення – етикою.

Висновок більшості науковців про те, що шаріат в широкому сенсі, як мусульманське право, представляє собою загальну систему соціального регулювання і охоплює поряд із юридичними інші види норм – побутові, релігійні, моральні, - не співпадає з доктриною більшості ісламських правників. Ісламські вчені-богослови, як було показано вище, пропагують таку тенденцію, не на шаріат, зведений до приписів Корану і сунни, а на фіхх [4].

Література:

1. Що таке мусульманський шариат. – URL: <https://tureligious.com.ua/scho-take-musulmanskyj-shariat>
2. Білозор Д. В., Лубська М. В., Кудин О. О., Лубська Т. І., Лубський В. І. Держава і влада в ісламських філософсько-теологічних та правових концептах: монографія. – Київ: Видавництво “Центр учбової літератури”, 2022. – 706 с.
3. Fiqh / Фіхх. – URL: <https://cbonds.ua/glossary/fiqh/>
4. Кудин О. О. Загальні принципи ісламської теорії міжнародних відносин // СОФІЯ. Гуманітарно-релігієзнавчий вісник. № 3(7)/2016. – С. 126.

Ончуленко М. І.,

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича,
onchulenko.mykhailo@chnu.edu.ua

САЙЄД ХУСЕЙН НАСР ПРО ЕКОЛОГІЮ ТА МЕДИЦИНУ

“Серед” науково-методологічних напрямів¹, що займаються проблемою секулярності, найбільш відомий – “філософсько-соціологічний підхід”. Він не потребує спеціального представлення. Він почався з досліджень засновників соціологічної науки: М. Вебера, Е. Дюркгейма, К. Маркса, О. Конта, Ф. Тьонніса. Продовжився в працях Д. Белла, Т. Парсонса, Р. Мертона. І нині має місце в теоріях: П. Бергера, Дж. Ватіла, Ю. Габермаса, К. Добеллере, Р. Інглгарта, Т. Лукмана, Р. Старка, Х. Казанови, Ч. Тейлора тощо.

Менш відомі інші підходи. Наприклад, юридичний, лінгвістичний та філософсько-традиційний. Перший – практика, орієнтована на вивчення правових можливостей відторгнення церковної власності на користь держави. Другий підхід, як зазначає І. Горохолінська, характеризується так: “прибічники лінгвістичного підходу ... вважають, що вивчення секуляризації найбільш продуктивне за умови звернення до текстів та аналізу в них процесів секуляризації, бо тільки аналітика дискурсу дає найбільш чітке визначення тих процесів, які найадекватніше характеризують секуляризацію та секулярність” [1, с. 84]. Щодо третього підходу, то про нього мало що у нас відомо. З усіх вітчизняних спеціалістів про нього згадує лише Р. Халіков у своїй книзі “Повстання проти секулярного світу” [3]. Хоча на Заході та Південній Азії він доволі популярний.

Юридичний та лінгвістичний підхід залишимо поза аналізом, так як вони не стосуються змісту нашого дослідження. Що стосується філософсько-традиційного та філософсько-соціологічного підходів², то різниця між ними

¹ В цьому дослідженні термін “секулярність” слід розуміти як синонім до слів “секуляризація”, “десакралізація”.

² Такий поділ – авторське опрацювання ідеї демаркації соціологічного та філософського підходів в дослідженні феноменів секулярності І. Горохолінської: “Здебільшого якщо в науковій літературі ведеться мова про секуляризацію чи секулярність, то це зводиться або до презентації так званих соціологічних концепцій секуляризації, або до аналізу відповідних

полягає у їх телеології. Перший тяжіє до описання трансформації релігії, як процесу десакаралізації того чи того ступеню категоричності. Натомість, філософсько-традиційний бачить зворотний потенціал цього процесу – відновлення сакрального. При чому, таке відновлення можливе як у стійких інтелектуальних уявленнях, так і в соціумі – його інститутах (природні соціальні утворення) та інституціях (позитивні соціальні утворення). Це, зокрема, породжує два погляди на “феномен постсекулярності”: у першому випадку маємо процес удосконалення секуляризації, перезапуск модерних соціальних програм; у другому – відновлення сакральності, через посилення присутності релігії у публічній сфері. Саме цей другий погляд сформував зміст нашого дослідження.

Фундатором філософсько-традиційної теорії секуляризації став ірано-американський філософ Сайєд Хосейн Наср [4, 1998]. Філософ в своїй фундаментальній праці “Десакаралізація знання”, аналізує широке коло проблем, включаючи питання екології та медицини [6].

На думку С. Насра проблему екології та медицини, як і більшості інших інтелектуально-світоглядних комплексів західної культури, об’єднує відродження інтересу до сакрального. Нині, вважаючи на те, що його праця була написана тридцять років тому, ми не можемо не захоплюватися сміливістю вченого, що вже тоді чітко визначив означену ситуацію там, де її іноді відмовляються визнавати нині.

Дійсно, зараз важко відмовляти тезі про те, що “у сучасному інтересі до екології та охорони природи ще більш відкрито простежується турбота про сакральне” [6, р. 104]. В межах екологічного дискурсу ми доволі спокійно і звично сприймаємо такі поняття, як “земний організм”, “Мати-Земля”, “екологія духу”, “наш дім Земля” тощо. Ці поняття стали невід’ємною частиною сучасної мови і нової парадигми мислення. І хоч вони здаються ідеологічно-нейтральними, вони є, безумовно, прикладом пошуку сакрального у екологічній сфері.

У цьому відношенні цікаво, що С. Наср звертає увагу на “гіпотезу Геї”¹, що розглядає нашу планету не як “комплекс мертвих матеріальних елементів”, який механічно підтримує функціонування різних живих істот протягом “сотень мільйонів” років, а як живу істоту, що має метафізичний характер та змогу керувати усіма процесами, пов’язаними із життям [Ibid]. С. Наср звертає уваги на паралелі з традицією – думка про те, що наша планета є великою твариною була присутня ще у Платона у його діалозі “Тимей”.

Ідея того, що наша планета жива – відлуння, на думку С. Насра, давніх міфів про “жертвоприношення первісної людини на початку космогонічного процесу”². Її сенс в тім, що “жертва продовжила життя в новій якості,

ідейних напрацювань філософів. При цьому можлива певна демаркація філософського і соціологічного дискурсів” [1, с. 73]. Схожий підхід присутній і в роботах інших вітчизняних учених, наприклад, в У. Луц [2, с. 11].

¹ Дж. Лавлок і С. Ептон, які вперше запропонували гіпотезу Геї, зазначили: “Це привело нас до формулювання положення про те, що жива матерія, повітря, океани, поверхня суші були частинами гігантської системи, яка могла контролювати температуру, склад повітря та моря, рН ґрунту тощо ... Здавалося, що система демонструє поведінку одного організму, навіть живої істоти. Той, хто має таку грізну силу, заслуговує відповідного імені; Вільям Голдінг запропонував Гею, ім’я, яке греки дали богині Землі” [5, р. 304].

² Наприклад, міф про Пурушу в давньоіндійській традиції.

перетворившись на щось більше, ніж вона була до того – людина стала планетою. Звідси зворотна залежність частини і цілого, яка є основою традиційного погляду на буття: “ціле більше, ніж його частини ... прагнення до цілісності невіддільне від прагнення до святості” [Ibid].

Отже, сприйняття Землі живою істотою – це звернення до традиції, завдяки якій священне знову увійшло в світогляд сучасної екологічної науки.

Роздуми про медицину, традицію і сакральне С. Наср починає з неврології, в якій, нарешті (нагадаємо, що книга С. Насра вийшла у 1989 р.), позначилася помітна тенденція відмови від усталених секулярних уявлень про те, що “людину можна розглядати як аналог складної машини чи механізму” і те, що “розум є свого роду фікцією”. Філософ зазначає, що “Підтвердження розуму або свідомості незалежно від його матеріального інструменту, яким є мозок – це ще один аспект пошуку священного та ухилення його від того редукціонізму, який закриває двері для аромату священного в дихальному просторі сучасної людини” [Ibid]. Від себе відзначимо, що дискусія про механічну природу людського мислення нікуди не поділася, але в світлі останніх проблем, що стосуються, наприклад, створення Open AI, рішучість адептів механічного підходу в нейронауках суттєво зменшилася.

Далі, С. Наср веде мову про єдність духу і тіла, яка теж є незвичною для секулярної медицини. Остання тривалий час намагалася принизити цей важливий для традиції зв'язок – бажала зобразити людину виключно тілом, що не має ні духу, ні душі.

“Пошуки цілісності” – пише С. Наср – “проявилися також у медицині та всіх інших науках, які займаються людським тілом, включаючи повторне відкриття духовного значення тіла. Захоплення цілісною медициною, натуральною їжею, природними ритмами тіла тощо, – незважаючи на всі примхи та комерційну експлуатацію, –означає бажання повернутися до тієї первісної гармонії людини з природним середовищем, яке, будучи створеним Богом, є театром Його мудрості і сили, і містить Його священну присутність” [Ibid].

Дійсно, кому з нас невідома філософія цілісної медицини, на яку вказує С. Наср – хто з нас не стикався з повальним захопленням різними “східними лікувальними практиками”? Нікого нині вже не здивуєш вегетаріанством або дихальною гімнастикою – те що донедавна було екзотикою, стало невід’ємною частиною нашого життя. Але, є нюанси, які С. Наср послідовно розбирає, підкреслюючи проблему секулярної людини у її підході до традиційної медицини.

С. Наср розглядає традиційну медицину в секулярному середовищі як неефективну систему, яка не може реалізувати свій лікувальний потенціал через обмеження західної культури. Перша перепона, що постає перед нею – викривлене уявлення про дух / душу, започатковане З. Фрейдом та К. Юнгом. Психоаналіз – за словами філософа – “є справжньою пародією на традиційну психологію та психотерапію, пов’язану з духовним перетворенням душі” [Ibid]. Протидія цьому уявленню існує, але її недостатньо. Секулярна людина переконана в тім, що вона має право втручатися у справи душевного характеру, лікувати душевні хвороби, забуваючи те, що “тільки Бог має право

лікувати душу людини, яка належить Йому одному” [Ibid].

Такий підхід може здатися зразком обскурантизму, але це не так. Мова йде про вимогу звертатися до Бога у справах душевної терапії пацієнтів. Не треба брати на себе все – ось проти чого виступає С. Наср. Бог мусить бути ведучим у цій справі. Наявність такого союзника гарна справа в будь-якому випадку, а в цьому так і поготів.

Друга перепона схожа на першу, але тільки частково. Жага до традицій, зазначає філософ, має і темну сторону. Люди стрімголов кидаються у різні сакральні практики, не зважаючи на їх характер: “спричинений наркотиками містицизм, природна і навіть чорна магія, присвоєння технік медитації поза їх традиційним контекстом...” [Ibid]. Звісно, це не може не мати своїх негативних наслідків: традиція не працює, або працює тільки частково, або, що лякає, дає результати, які інакше як «страшними» не назвеш.

У цьому немає нічого дивного. Традиція без вимоги цілісності, без досягнення сакрального буде вести себе саме так: “фрагментарне заглиблення в залишки традиційних вчень, пошуки священного і навіть гра з символами та доктринами священного походження без повної посвяти священному може бути тільки аберацією, а не засобом інтеграції, що призведе до хаосу і розладу” [Ibid]. Отже, традиційна медицина буде ефективною тільки у матриці традиції і ніяк інакше.

Література:

1. Горохолінська І. В. Постсекулярність: філософські та богословські інтенції сучасної релігійності: монографія. Чернівці : Чернівець. нац. ун-т ім. Ю. Федьковича, 2019. 424 с.
2. Луць У. Феномен секуляризації: наближення до трансцендентного : монографія. Львів : Літопис, 2016, 240 с.
3. Халіков Р. Повстання проти секулярного світу. Київ: Видавництво Руслана Халікова, 2022. 186 с.
4. Aslan Adnan. The Need for a Pluralistic Approach in Religion. Religious Pluralism in Christian and Islamic Philosophy: The Thought of John Hick and Seyyed Hossein Nasr. London & New York : Routledge, 1998. 290 р.
5. Lovelock J., Epton S. The Quest for Gaia. New Scientist. 1975. Feb. №6. P. 304-309
6. Nasr, Seyyed Hossein. Knowledge and its Desacralization. Knowledge and the Sacred. New York : State University of New York, 1989. 288 p.

СЕКЦІЯ VII.
ФІЛОСОФІЯ РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ: СУЧАСНІ ВИКЛИКИ В УМОВАХ
ВОЄННОГО СТАНУ

Базик Д. В.,
Відділення релігієзнавства
Інституту філософії імені Г. С. Сковороди НАН України,
giur3000@ukr.net

РЕЦЕПЦІЯ ТА РЕФЛЕКСІЯ ПОНЯТТЯ “ВІЙНА” В РІДНОВІРСЬКИХ
КОНФЕСІЯХ УКРАЇНИ

“Рідновірські” конфесії як складова частина неорелігійних рухів України, діяльність яких спрямована на відродження дохристиянських давньоукраїнських вірувань в контексті сучасності, за чисельністю своїх вірян складають не значну кількість порівняно з іншими релігійними інституціями. Однак після вторгнення російських військ на українські землі, вони знайшли своє місце в українському інформаційному просторі, відзначившись формулюванням і репрезентацією різноманітних концептуальних поглядів та меседжів стосовно російсько-української війни, а також релігійних практик в умовах воєнних реалій.

В даному дослідженні ми звернемо увагу на витоки та основні джерела рідновірських релігійно-світоглядних концепцій, які окреслюють рецепцію та специфіку рефлексії самого поняття “війна” в найбільш узагальненому контексті. Провідним взірцем формування як віроповчальних, світоглядних доктрин, так і джерелом рефлексії стосовно концептуальних поглядів на війну в рідновірському русі України виступає “Велесова книга”. Не зважаючи на те, що частина сучасних науковців та громадськість вважають її літературним фальсифікатом, переважна більшість представників рідновірських організацій визнають “Велесову книгу” автентичним твором, більше того, окремі рідновіри називають її “ведами Русі-України”. Загалом ці тексти можна розглядати як одне з джерел для формування та репрезентації релігійного світогляду, обрядової практики та самоідентифікації феномену сучасного рідновірства України. До того ж, в процесі спілкування з послідовниками рідновірського руху досить часто можна почути цитування окремих фрагментів тексту “Велесової книги”. Цей факт ще раз підкреслює її роль та значення у становленні релігійного світогляду сучасних рідновірів України.

В контексті означеної військової проблематики варто навести приклад найбільш поширеної в середовищі українських рідновірів цитати з “Велесової книги” (дощечка 11-А): “А обаполи Білобог і Чорнобог перуняться, і тих Сварог тримає, аби Світу не бути повергнутому” [4, с. 38]. Існують також інші варіації вищенаведеної цитати, на кшталт: “А обаполи Білобог і Чорнобог перуняться – і ті Сваргу удержують, аби Світу не бути поверженому” [3, с. 129]. Відзначимо, що слово “перуняться” означає – “б’ються, борються, воюють”. Як правило, в багатьох віровченнях сучасних рідновірських конфесій постаті Білобога і

Чорнобога виступають не стільки персоніфікованими, скільки узагальненими символами світлих і темних богів (або сил Природи). Слід додати, що в іншому конфесійному напрацюванні – віросповідній книзі однієї з рідновірських течій Родового Вогнища Рідної Слов'янської Віри – “Покон Рода Всевишнього. Святе Письмо слов'ян” в “Карбі відання Білобога і Чорнобога” в дещо перефразованому вигляді майже дублюється вищенаведене твердження з “Велесової книги”, щоправда з деякими доповненнями: “Чорнобог з Білобогом перуняється, у Сварзі єднаючись, тим світ удержаний є. Вони – суть одно і немає одного без іншого” [2, с. 40]. Далі наводиться трактування, згідно з яким Білобог і Чорнобог розглядаються як дві половини одного цілого і водночас як два протилежні прояви буття, які супроводжують, взаємодоповнюють та взаємно змінюють один одного, на кшталт, білого та чорного, чоловіка і жінки, любові та ненависті, життя і смерті. Вважається, що ці протилежності пронизують весь Всесвіт і мають місце в душі кожної людини (так звана “світла і темна частини душі”).

Відтак поняття “війна” та синонімічні йому “боротьба”, “битва” в українському рідновірстві концептуально осмислюються в контексті невід'ємної складової онтологічного виміру навколишнього світу, інакше кажучи, виступають своєрідним виявом способу існування Всесвіту та людського буття. Більше того, наголошується на тому, що без таких процесів як “протиборство”, “боротьба”, “війна” Всесвіт невдовзі може припинити своє існування, втративши жагу до життя, мотивацію до розвитку, вдосконалення, створення та продовження життя на Землі.

Зазначимо при цьому, що в своїй сукупності конфесійних різновидів українське рідновірство постає феноменом неоднорідним, адогматичним з наявністю різного роду суб'єктивних інтерпретацій будь-яких концепцій. Це впливає також і на специфіку інтерпретацій та осмислення поняття “війна” окремими рідновірами. Зокрема, показовим може бути меседж волхва Руського Православного Кола Світовита Пашника, який в рубриці “Коло Рідної віри” на ютуб-каналі “Калина” зазначає про те, що: “навіть статевий акт між чоловіком і жінкою, який є основою появи та продовження нового життя, дещо нагадує протиборство у війні”. Іншим прикладом, може бути виокремлення деякими рідновірами зі слова “війна” двох складових частин: “Вій” і “на”, трактуючи їх як акт принесення треби (пожертви) персонажу давньослов'янської демонології, підземному володарю пекла і нечистої сили на ім'я – Вій [1]. В такому випадку слово “війна” трактується як “Вій, на!”, тобто адресно отримай жертву певної кількості людських життів. Оскільки вважається, що саме так мислили в давнину пращури-язичники, які намагались задобрити требами (пожертвами) лихі сили, для того, щоб надати можливість для більшості людей продовжувати жити далі в кращих умовах та достатку. При цьому відзначимо, що вищенаведені два приклади інтерпретацій розуміння поняття “війна” не можна вважати характерними та загальноприйнятними для рідновірських конфесій взагалом. Вони відображають лише суб'єктивну рецепцію концепту “війна” окремими представниками рідновірського руху на теренах України.

Таким чином, можна стверджувати, що основним джерелом формування рідновірських концепцій стосовно осмислення поняття “війна” можна

вважати тексти “Велесової книги” та суб’єктивні авторські погляди окремих представників рідновірського руху України. При цьому в найбільш загальному значенні поняття “війна” розглядається як невід’ємна складова людського буття, в якій присутнє не лише негативне, руйнівне начало, але й певний стимул для розвитку та створення нового в найближчому майбутті.

Література:

1. Базик Д. В. Вій // Велика українська енциклопедія. – URL: <https://vue.gov.ua/Вій>
2. Веда Прави. Покон Рода Всеvyšнього. Суть 1 – 4. Священне Писание славян. – К., 2019.
3. Велесова книга: Волховник / Упорядник Г. Лозко. – К.: Такі справи, 7510 (2002).
4. Велесова книга: ритм. пер. укр. Мовою, дослідження та рецензії Б. Яценка; рос. Мовою – В.Яценка. Видання друге. – К.: Велес, 2006.

Голотін С. І.,
Університет сучасних знань,
gltn@ukr.net

РПЦ ТА ЇЇ АГРЕСИВНА ПОЛІТИКА НА УКРАЇНСЬКИХ ЗЕМЛЯХ

Проблема впливу релігійного чинника на політичні процеси в нашій державі є цілком очевидною, а в умовах повномасштабної російської агресії, вона набуває ще більшої гостроти, коли РПЦ, використовує підконтрольні їй структури в Україні з метою ідеологічного сприяння військовій агресії, що стає складовою національної безпеки. Тобто, існує потреба в осмисленні того, яку роль російські спецслужби відводять Російській православній церкві у цих процесах.

Широкомасштабному вторгненню російських військ в Україну передувала активна, багаторічна ідеологічна обробка її громадян, як з допомогою підконтрольних Росії засобів масової інформації, так і з допомогою такого потужного соціального інституту як церква. Мова йде про Російську православну церкву (РПЦ), та її спроб використання, в цих цілях, Української православної церкви (УПЦ), яка знаходиться з нею в канонічній єдності і фактичній юрисдикції, устав якої зареєстрований Державним комітетом України у справах національностей та релігій у 2007 році (до цього мала назву УПЦ-МП). З цієї метою у монастирях і парафіях розповсюджувалась література, виголошувались проповіді, які носили не тільки богословський зміст, але мали на меті сформулювати у свідомості, як віруючих, так і не віруючих, прихильність до так званого “руського миру”.

Належність до православ’я значної кількості громадян нашої держави, на думку російських спеціальних служб, повинно було ідеологічно підготувати їх до сприйняття вторгнення в Україну російських військ, та включення земель України у склад сучасної Російської імперії. Тобто захоплення територій України

здійснюється і під опікою Російської православної церкви. Як зазначає знаний фахівець у галузі релігієзнавства Анатолій Колодний “Загарбницькі устремління знаходили благословення й возвеличення Російської Православної Церкви. Навіть зміна назви її з “Російської” на “Руську” містила в собі цей імперський підтекст, бо ж розширяла т. зв. канонічну територію Московського Патріархату на терени, які йому не належали. Водночас відбулась анексія в свою історію подій, які до цієї церкви не мають прямого відношення”[1].

Російська православна церква намагається довести, що українці не мають права на створення своєї, власної автокефальної церкви, незалежної від Москви, посиляючись на те, що наша країна, є так званою, канонічною територією РПЦ. Через впровадження цієї думки в українське суспільство, здійснюється спроба залишити його в орбіті не тільки церковного, але й політичного впливу, а в умовах війни повністю поглинути українське православ'я, разом із військовим захопленням території нашої держави, що вже не один раз мало місце в минулому.

У 1686 році, відбулось приєднання Київської митрополії до Московського патріархату, що призвело до остаточної втрати, її фактичного, автономного статусу. Це приєднання негативно вплинуло на розвиток православ'я на Гетьманщині. Як зазначається у збірці наукових праць присвяченій історії православної церкви в Україні: “...акція 1685-1686 років, інтегрувавши православну церкву Лівобережжя до державно-церковної системи абсолютистської Росії, започаткувала процес втрати українською церквою своєї національної самобутності, як у культурному житті, так і в церковно – громадському” [2, с. 151].

Але на цьому просування Московської церкви на території Правобережної України, де церква жила своїм окремим життям, не закінчилось. Це просування відбувалось разом з включенням цих земель у склад Російської імперії внаслідок трьох розподілів Польщі. Після приєднання до Російської імперії земель Центральної України, Поділля і Волині, відбулось підпорядкування православ'я Московському патріархату і вилучення з юрисдикції Константинопольського. При цьому нищився національний дух українства, який зберігала церква, а натомість прищеплювався дух імперських амбіцій.

Отже, навіть цей побіжний огляд подій історичного минулого і сучасності дає можливість зробити висновок, що військова і релігійна експансії ідуть пліч о пліч. Привласнення канонічних територій, які належали Київській митрополії, Московською патріархією можна розглядати як факт релігійної агресії, спрямований на денацифікацію українського народу, що в свою чергу виступає чинником загрози державній і національній безпеці нашої держави, який діє і зараз.

Література:

1. Колодний А. М. Релігійне сьогодення України: роздуми, оцінки і прогнози (тематична збірка вибраних статей і тез). – К., 2009. – С.142-143.
2. Історія православної церкви в Україні: Збірка наукових праць. – К.: Четверта хвиля, 1997. – 292 с.

МЕТАФОРА “ПОВЕРНЕННЯ ДОДОМУ” В ПСИХОАНАЛІЗІ

Поняття “дім” є вкрай розлогим та багатограним. В популярному загальноприйнятому вжитку, звісно, воно є зведеним до помешкання, реальної території перебування людини. Однак, саме така думка є вкрай обмежуючою та вкрай однобокою. А відтак і гнітючою та травматичною. Оскільки, навіть наше сьогоднішнє повсякчас занурює, якщо не в контекст безпосередніх втрат будинків, то в їх потенційне уможливлення. Відтак, є сенс в тому, аби розуміти дім, в дещо інших зрізах та горизонтах. До прикладу, розглядати його як прихисток нашої ідентичності та особистісної специфіки/унікальності. Яку власне психоаналітики пропонують шукати в основах психіки. Саме з цієї точки зору ми можемо перейняти ідею, вже хоча б того, що дім – це те, що повсякчас з нами; що його не так вже й просто знищити (за умови ступеню міцності його підмурку); що він буде прихистком навіть в найнестійкішому контексті.

У своїй роботі “Удома у світі. Звуки та симетрія приналежності” [1], Джон Гілл звертає увагу на поняття дому як на той “засадничий досвід”, який і дозволяє людині відчувати себе “ удома у світі”. Ті складові, що становлять базис цього досвіду можуть бути різними. В залежності від того негативними чи позитивними подіями вони забарвлені; носять характер звершень чи поразок; увиразнилися в трагедіях чи вражаюче-захопливих моментах – вони завжди будуть відповідати автентичному розумінню власного буття. Тут ми маємо збагнути той факт, що весь цей досвідний загал не повинен піддаватися забуттю чи навпаки постійному переварюванню тих чи інших ситуацій/подій: він має стати опорою та шляхом завдяки якому людина може “віднайти своє коріння та створити нові значущі стосунки” [1, с. 151].

Якщо ми пригадаємо ще дитячі казки, легенди, міфи тощо, то зможемо побачити, що найстрашніші трагедії, що спричиняють подальші “подвиги”, розпочинаються “вигнанням з дому”. В цих наративах всі марення вигнанців зациклені навколо жадання повернення. Аналізуючи наративні оповіді снів пацієнтів Джон Гілл приходять думки, що вони є найліпшою формою демонстрації бажання мати коріння, а відтак і дім, кожного з нас. Сни відтворюють переживання “втрати та прив’язаності у згущеній образності” [1, с. 167]. Відтак, реконструюючи та деконструюючи канву сну сам психоаналітик приходять думки, що дані процедури дозволяють в менш болісний спосіб сформувати умови до виявлення рівноважної сили між контекстом теперішнього перебування та підмурком формотворення. “Сни кидають нам виклик, постійно переопрацьовуючи різні виміри ідентичності, безперервності та прив’язаності, нагадуючи нам про те, що наш нічний прихисток дуже відрізняється від нашого денного місця проживання” [1, с. 159]. А відтак, вже навіть завдяки цьому, людина має змогу унікальної нагоди відчуття дому будь-де. До прикладу, ті вимушені вигнанці-мігранти, яких змусила полишити територію/будинок – війна, не втрачають зв’язку з “самими собою”

та запасом свого ідентифікаційного загалу, вже навіть тому, що “розум, який снить, активний постійно” [1, с. 158]. А це дозволяє повсякчас повертатися до свого споконвічного. Або ж не повертатися, а налагоджувати нові зв'язки між контекстом та підмурками особистісного творення. Щодо крайнього, то саме цим можна обґрунтувати таке явище, як швидка адаптація дітей до нової мови/школи, встановлення комунікації з однолітками etc.

Застосовуючи метафору архітектури, а саме дому як споруди, ще Карл Густав Юнг завважував, що людина існує поміж двох кардинально відмінних споруд. Перша, і більш прийнятна для людини форма споруди – є домом, що виведений з цегли, каменю, дереву, скла тощо та який захищає людину, відмежовує її від інших та окреслює її власну територію. Людина прагне цього прихистку, оскільки він дає їй тієї ілюзорної убезпеченості, яка вкорінює людину в реальний фізичний простір. При цьому класик психоаналітичної теорії звертає увагу на те, що будучи всеціло поглиненою саме цим домом людина віддаляється від того “дому-вежі”, який становить ядро самої її сутності / структури психіки. В юнгіанській теорії саме цей дім є основою фундаментального існування людини та керівним орієнтиром у житті, а психоаналіз дозволяє віднайти концептуальний інструментар для повернення людини до свого самобутнього простору. Тут, мимоволі згадується трієрівський фільм – “Будинок, що збудував Джек”. Де головний герой в процесі будівництва та тривалого виведення стін реальної фізичної споруди вчиняє безчинства та снить спогадами, а насамкінець потрапляє до пекла зруйнованого дому-вежі безсвідомого.

Виходячи з вищезазначеного варто зазначити, що за психоаналітичних підстав людина є истою, що існує в “замкненому коловороті” між спорудою реального існування та домом своєї психічної структури. І цей зв'язок має бути нерозривним, оскільки дозволяє міцно втриматися на ногах, навіть, якщо людина втрачає реальний помешкання: внутрішній прихисток завжди надасть певності у своїх життєвих настановах. “Дім також можна розуміти як прив'язаність до базових життєвих настанов, які змінюються упродовж життя” [1, с.49]. Саме тому, дім, та його внутрішня форма, яка постійно з людиною, завжди буде з нею де б вона фізично не знаходилася. В тих же випадках, коли ця структура є нестабільною, людина має прагнути “повернутися додому” або стабілізувати всі ті формотворчі елементи, що стане звичним простором на незнайомій території.

Література:

1. Гілл Дж. Удома у світі: звуки та симетрія приналежності. Київ, Видавництво Ростислава Бурлаки, 2022. 464 с.
2. Юнг К. Г. Архетипи і колективне несвідоме. Львів, Астролябія, 2023. 608 с.

ВПЛИВ ЗАЯВ ПАПИ ФРАНЦИСКА НА СИСТЕМУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ВАКЦИНАЦІЯ

Тема впливу заяв Папи Франциска на вакцинацію, є актуальною для обговорення з кількох причин. Папа Римський, як глава Католицької церкви, має значний вплив на мільйони вірян по всьому світу. Його заяви та позиції щодо різних суспільних питань, зокрема щодо охорони здоров'я, можуть суттєво впливати на думки та поведінку людей. Тому аналіз того, як слова Папи Франциска можуть формувати ставлення до вакцинації, є важливим для розуміння динаміки громадської думки.

Питання вакцинації була актуальною в контексті пандемії COVID-19. Незважаючи на доведену ефективність вакцин, існує значний скептицизм та недовіра до них серед певних верств населення. Вивчення того, як авторитетні релігійні лідери, такі як Папа Франциск, можуть сприяти подоланню цих сумнівів та заохочувати людей до вакцинації, має практичне значення для системи охорони здоров'я.

Тема перетину релігії та охорони здоров'я є перспективною сферою наукових досліджень. Релігійні переконання можуть суттєво впливати на ставлення людей до свого здоров'я та медицини як соціального інституту. Розуміння цих зв'язків та механізмів впливу може допомогти у розробці ефективніших стратегій комунікації та просвітницької роботи у сфері охорони здоров'я.

Метою роботи є вивчення впливу публічних заяв Папи Франциска на поведінку людей щодо вакцинації. Для реалізації мети необхідно виконати наступні завдання: 1) проаналізувати заяви Папи щодо вакцинації; 2) на основі соціологічних досліджень визначити ступінь впливу на поведінку людей стосовно вакцинації.

У своєму відеозверненні 2021 року Папа Франциск висловив чітку позицію щодо вакцинації проти Covid-19 [4]. Він закликав людей вакцинуватися, називаючи це "актом любові". Папа підкреслив, що вакцини "дають надію на закінчення пандемії, але тільки якщо вони будуть доступні для всіх і якщо ми будемо співпрацювати один з одним". Папа Франциск наголосив на важливості отримання вакцини, "дозволеної відповідними органами влади", як прояву любові до себе, своїх сімей, друзів та всіх людей. Він зазначив, що "допомога іншим зробити те ж саме також є актом любові". Папа підкреслив соціальний та політичний аспекти любові, яка будується через "малі, індивідуальні жести, здатні трансформувати та покращити суспільства".

Понтифік назвав вакцинацію "простим, але глибоким способом піклуватися один про одного, особливо про найбільш вразливих". Він закликав кожного зробити "свій маленький жест любові", наголошуючи, що "незалежно від того, наскільки малий, любов завжди велика". Ці слова підкреслюють важливість індивідуального внеску кожної людини у боротьбу з пандемією. Папа Франциск також висловив вдячність Богу та науковцям за розробку

безпечних та ефективних вакцин проти Covid-19. Це свідчить про його повагу до досягнень науки та медицини у подоланні глобальної кризи.

Більше того у своїй щорічній промові про стан світу Папа Франциск висловив чітку позицію щодо вакцинації проти Covid-19 та антивакцинаторських настроїв [1]. Виступаючи перед дипломатами, акредитованими при Святому Престолі, понтифік назвав антивакцинаторські настрої “необґрунтованими” та такими, що ускладнюють глобальну відповідь на пандемію.

Папа Франциск наголосив на важливості широкої вакцинації населення в усіх країнах, зазначивши, що “вакцини представляють найбільш розумне рішення для запобігання хворобі”. Він підкреслив, що країни, які широко використовували вакцини, спостерігали зменшення кількості тяжких випадків захворювання. Понтифік висловив стурбованість тим, що недовіра до багатосторонньої дипломатії та відсутність чіткої комунікації з боку влади призвели до фрагментації та плутанини у боротьбі з пандемією. Він закликав до глобальної співпраці та солідарності перед лицем цього виклику.

Папа також звернув увагу на позицію Католицької церкви щодо вакцинації. Незважаючи на те, що деякі консервативні католики критикували використання вакцин, Ватикан чітко заявив про моральну прийнятність вакцин проти коронавірусу.

Таким чином, у своїй промові в контексті міжнародної політики Папа Франциск однозначно підтримав вакцинацію як необхідний крок у боротьбі з пандемією. Він засудив антивакцинаторські настрої та закликав до глобальної співпраці задля подолання кризи. Ця заява, зроблена перед дипломатичним корпусом у Ватикані, мала важливе значення для формування міжнародного консенсусу щодо вакцинації та протидії дезінформації.

Разом з тим відкритим є питання впливу заяв Папи Франциска на ставлення та поведінку людей щодо вакцинації. Маємо дослідження польських науковців щодо одного з аспектів цього питання.

Дослідження проведене групою науковців з Польщі, ставило за мету з'ясувати, чи вплинули заяви понтифіка на громадську думку щодо вакцинації. Дослідники проаналізували 1803 твіти, опубліковані в період з 6 січня по 21 лютого 2021 року в мережі X (Twitter), тобто після того, як Папа Франциск висловився на підтримку вакцинації [2].

Результати аналізу настроїв показали, що в цілому негативні емоції у твітах переважали над позитивними. Так, 61% використаних слів мали негативне забарвлення, а 39% – позитивне. Нейтральними за тональністю виявилися 43% твітів, тоді як 33% містили переважно негативні слова, а 24% – позитивні.

Порівнюючи це з закономірностями, відомими з політичного маркетингу, можна припустити, що заява Папи не переконає твердих противників вакцинації. Для тих, хто виступає за вакцинацію, вона стане додатковим аргументом у дискусії. Для тих, хто вагається щодо вакцинації і шукає аргументи для прийняття рішення в сфері своєї віри, позиція Папи може бути фактором, що впливає на їхнє рішення, якщо вони визнають авторитет Франциска [3].

Попри очікування, що авторитет Папи має сприяти позитивному сприйняттю вакцинації, статистика свідчить про протилежне. Дослідники

пов'язують це з феноменом пост-правди, коли об'єктивні факти менш важливі для формування громадської думки, ніж емоції та особисті переконання. В епоху пост-правди люди часто переконують себе в "істинності" своїх поглядів, незалежно від їх відповідності дійсності. Отже, попри однозначну підтримку вакцинації з боку Папи Франциска, його заяви не мали вирішального впливу на думки користувачів Twitter. Негативні настрої та скепсис щодо вакцин продовжували домінувати в дискурсі соцмережі.

Проведене дослідження дозволяє зробити висновок про те, що заяви Папи Франциска щодо вакцинації проти COVID-19 мали обмежений вплив на думки та поведінку людей. Незважаючи на те, що понтифік однозначно підтримав вакцинацію, назвавши її "актом любові" та моральним обов'язком, реакція громадськості виявилася неоднозначною.

Отримані результати узгоджуються з концепцією пост-правди, яка стверджує, що в сучасному інформаційному просторі об'єктивні факти поступаються емоціям та особистим переконанням при формуванні громадської думки. Люди схильні переконувати себе в "істинності" своїх поглядів, незалежно від їх відповідності реальності.

Таким чином, незважаючи на авторитет Папи Франциска та його однозначну підтримку вакцинації, його заяви не мали вирішального впливу на громадську думку. Негативні настрої та скепсис щодо вакцин продовжували домінувати в дискурсі соціальних мереж. Це підкреслює складність проблеми та необхідність розробки комплексних стратегій комунікації для підвищення довіри до вакцинації серед населення.

Література:

1. Booth, W. Pope Francis calls for vaccine access for all, says health care is a 'moral obligation'. *The Washington Post*. 2022, January 10. – URL: <https://www.washingtonpost.com/world/2022/01/10/pope-vaccines-coronavirus-education/> (Дата звернення: 25.05.2024)
2. Gawel, A., Mańdziuk, M., Zmudziński, M., Gosek, M., Krawczyk-Suszek, M., Pisarski, M., Adamski, A., Cyganik, W. Effects of Pope Francis' Religious Authority and Media Coverage on Twitter User's Attitudes toward COVID-19 Vaccination. *Vaccines*. 2021, 9. 1487. – URL: <https://doi.org/10.3390/vaccines9121487> (Дата звернення: 25.05.2024)
3. Landrum, A.R.; Vasquez, R. Polarized U.S. publics, Pope Francis, and climate change: Reviewing the studies and data collected around the 2015 Papal Encyclical. *WIREs Clim. Chang.* 2020, 11, 11. – URL: <https://wires.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wcc.674> (Дата звернення: 25.05.2024)
4. Watkins, D. Pope Francis urges people to get vaccinated against Covid-19. *Vatican News*. 2021, August 18. – URL: <https://www.vaticannews.va/en/pope/news/2021-08/pope-francis-appeal-covid-19-vaccines-act-of-love.html>. (Дата звернення: 25.05.2024)

СТУДЕНТСЬКА СЕКЦІЯ

Батюк Л. В., Москвін Я. В., Чуприна М. В.,
Харківський Національний медичний університет,
lvbatiuk.3m22@knmu.edu.ua, yv.moskvin@knmu.edu.ua
mvchupryna.3m22@knmu.edu.ua

ПРАЦЯ “ДУХ, ДУША І ТІЛО” СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ (В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦЬКОГО), ЯК СВИТОГЛЯДНИЙ ОРІЄНТИР ДЛЯ СУЧАСНОГО ПОКОЛІННЯ

Вступ. Світ людини – це складне полотно, на якому переплітаються найтонші аспекти духовного, психічного та фізичного існування. Її природа глибока і містить у собі не лише відтінки матеріального світу, але й таємницю внутрішньої душі, аспекти якої інколи залишаються невидимими навіть для самої людини. Хто, як не святий Лука, найкраще пояснив взаємозв'язок всіх трьох складових внутрішнього світу людини!

Мета роботи. Проаналізувати твір “Дух, душа і тіло” св. Луки та наголосити на єдності цієї тріади.

Виклад основного матеріалу. Святий Лука Войно-Ясенецький був видатною постаттю як у духовній, так і у медичній сферах. Він був доктором медицини за освітою та використовував свої медичні знання та досвід у служінні людям. Крім того, Святий Лука розробив ряд медичних та гігієнічних методів, які він впроваджував у монастирських лікарнях. Він дбав про удосконалення умов утримання хворих, забезпечення надання якісної медичної допомоги та гігієнічних процедур. Святий Лука Войно-Ясенецький відомий своїми великими заслугами перед православним християнством. Він був активним проповідником православної віри та відданим пастирем церкви. Владика просував духовне піднесення та освіту серед свого народу, сприяючи розвитку культури.

“Дух, Душа і Тіло” – це твір Святого Луки (Луки Войно-Ясенецького). Він написав його з метою висвітлити важливі аспекти людської природи та її взаємозв'язок з духовним розвитком. Святий Лука розумів важливість не лише фізичного здоров'я, але й духовного благополуччя. Він прагнув до інтеграції медицини та духовності, допомагаючи пацієнтам не лише фізично, але й психологічно та духовно. Після смерті Святого Луки, його почитання зросло, і його святий образ увійшов в культурний канон України. Він вважається покровителем медиків, хворих та всієї Православної Церкви.

Дух, душа і тіло. Ця тріада відображає не лише структурні аспекти людської природи, але й їх взаємодію, вплив одного на інше, і, найголовніше, їхню спроможність до гармонійного розвитку.

Дух: Це внутрішня сутність людини, що пов'язана з її духовною складовою. Дух відображає те, що найбільш цінне в людині, її духовні ідеали, віра, моральність і сенс життя.

Душа: Це психічна та емоційна сторона людини. Душа включає в себе почуття, емоції, думки, волю і розум.

Тіло: Це фізична оболонка людини, її матеріальний аспект. Тіло слугує засобом вираження духовних та психічних проявів людини.

Таємниця зв'язку між душою і тілом хвилювала багато умів – і філософів, і богословів. Чи є в природі більш таємничий принцип, ніж зв'язок душі і тіла, принцип, завдяки якому передбачувана духовна субстанція набуває над матеріальною такої влади, завдяки якій, найвитонченіша думка може діяти на грубішу матерію. Так проголошує філософія, що відчуває у цій таємниці осередок проблеми духу та матерії.

У світському розумінні існують різні теорії щодо взаємозв'язку між душою та тілом. Дуалізм припускає, що тіло і душа існують як окремі сутності, кожна зі своїми унікальними властивостями. У цій концепції тіло сприймається як матеріальне, фізичне, а душа – як нематеріальна, духовна сутність. Монізм, навпаки, стверджує, що тіло і душа є різними аспектами тієї самої сутності. Інші підходи, такі як голізм, пропонують складніші погляди на взаємодію тіла і душі, стверджуючи, що вони взаємопов'язані та взаємозалежні, але не зведені до простої формули дуалізму чи монізму. Кожна з цих концепцій має своїх прихильників і критиків, питання взаємодії тіла і душі залишаються предметами активного дослідження та дискусії у філософії, науці та релігії. Але слід сказати, що Православна церква дотримується єдності душі та тіла.

Вони походять із одного початку, тобто одночасно. Але це не є абсолютним принципом, а лише твердженням, що самотійно ні душа, ні тіло не можуть існувати один без одного. Душа не тільки оживляє тіло, вона проникає в кожну його частинку, і в кожній з них діє відповідно до задуму Творця. Дух як вища сутність, душа як її відбиток: У деяких вченнях дух сприймається як найбільш загальна реальність, тоді як душа – як її індивідуальний прояв у людині. Душа є засобом, через який людина може усвідомити свій духовний світ. Дух як джерело, душа як отримувач: Дух може розглядатися як джерело духовних чи енергетичних сил, а душа – як приймач чи носій цих сил. Така концепція передбачає, що духовні чи душевні процеси відбуваються завдяки впливу духу чи душі. Дух – це найвища сила людської душі, за допомогою якої людина пізнає Бога (людський дух вміщує в себе Божественну благодать, є її провідником для всіх сил душі).

У своєму творі “Дух, душа і тіло” Святитель Лука вказує на те, що гармонійний розвиток людини можливий лише тоді, коли всі три складові знаходяться у балансі та взаємодоповненні. Такий баланс досягається через духовну практику, моральне вдосконалення та усвідомлення цілісності людської природи. Загальна ідея твору полягає в тому, що для досягнення справжнього щастя та гармонії людині необхідно розвивати не лише фізичні та розумові здібності, але й духовні цінності та емоційну стійкість.

Висновок. Святитель Лука Войно-Ясенецький залишив значний слід в історію світоглядних засад релігійності та духовності. Його праці, які включають в себе богословські трактати, проповіді, листи та інші твори, стали важливим джерелом для розуміння гуманних засад сучасної медицини, аскетичних традицій і сучасних духовних питань. У своїх працях він ставив акцент на взаємодію між духовними і фізичними аспектами життя людини, підкреслюючи важливість гармонії між тілом, душою і духом. Через вивчення

книги “Дух, душа і тіло” читачі отримують глибоке розуміння природи людини як складної і цілісної сутності. Автор розглядає концепцію “Дух, душа і тіло” не окремо, а в контексті їх взаємодії та взаємозалежності. У кінцевому підсумку, книга є цінним ресурсом для тих, хто цікавиться розумінням внутрішнього світу людини та її місця в світі, а також для тих, хто шукає глибше зрозуміння себе і своєї духовності.

Література:

1. Войно-Ясенецький В. Ф. Регионарная анестезия: Диссертация на степень доктора медицины. Пг.: Тип. А. Э. Коллинс, 1915. 228 с.
2. Войно-Ясенецький В. Ф. Очерки гнойной хирургии. 4-е изд. М.: Бином, 2008. 720 с.
3. Святитель Лука (Войно-Ясенецький). Я полюбил страдание (автобіографія). М.: Образ, 2006. 128 с.

Острожинська Н. В.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
nataliostroth@gmail.com

Науковий керівник:
д. філос. н., проф. Васильєва І. В.,
завідувач кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ПРО “НАЙВИЩУ НАУКУ” Г. С. СКОВОРОДИ

Самотність є складним, багатограним феноменом, який є предметом дослідж “Життя” і творчість Г. С. Сковороди і свт. Луки (В.Ф. Войно-Ясенецького) відділяють два століття, різні культурно-історичні епохи, суспільні устрої, проте в їх філософських поглядах, життєвих настановах можна знайти багато спільного. З іменами обох мислителів пов'язаний подальший розвиток християнської філософії, не догматичної, а скоріше авторської, де на першому плані постає дух християнства, християнський етос життя.

“У філософії життя та теоретичних підходах В.Ф. Войно-Ясенецького простежуються рецепції не тільки християнської культури, а й вітчизняної духовної традиції: софійність, пріоритет духу і духовності, антропоцентризм, кордоцентризм, ... висування на передній план не формалізму розуму, а того, що є корінням морального життя, “серця” як метафори інтимних глибин душі” [1]. Означені особливості притаманні не тільки філософії свт. Луки, а й філософським поглядам “українського Сократа”. В філософії і В.Ф. Войно-Ясенецького і Г.С. Сковороди йдеться не про світський антропоцентризм, а про християнсько-антропологічні підходи, які стверджують вище сакральне, духовне першоначало в людині. Якщо свт. Лука на основі інтеграції богословських, глибинних філософських підходів, сучасних досягнень

природничих наук, медицини та ін. осмислює людину як цілісну духовно-душевно-тілесну істоту (“Дух, душа і тіло”), То Г.С. Сковорода акцентує увагу на внутрішній, духовній людині, її екзистенції у світі.

“Найпершим предметом, гідним філософського осмислення” Г.С. Сковорода вважав проблему людини та її щастя. У “Розмові п'яти порожніх про істинне щастя в житті”, він називав науку про щастя “найвищою наукою”, до якої відчинені двері будь якому часові, країні чи станові, статті чи віку, адже щастя потрібно усім без винятку...” [2, с. 133]. І дійсно, чи є щось для людини важливіше, ніж бути щасливою? Проте кожна людина має свої власні уявлення про щастя і відповідно з ними вибудовує свою лінію життя, які згодом можуть виявлятися химерами, що призводить до спустошеності внутрішнього світу людини, гострих переживань стану нещастя. Які шляхи досягнення людиною “істинного щастя” ми знаходимо у філософії Г. Сковороди?

Ключем до щастя є самопізнання людини, спрямоване на осягнення своєї внутрішньої “невидимої” природи єством якої є Бог. Філософ зазначає, що необхідно “... спершу пізнати самого себе, прозріти заховану у тілі своєму вічність і, наче іскру у попелі своєму, викопати” [5, с. 171]. Щоб бути щасливою людина повинна пізнати в собі справжнє “внутрішнє” єство і жити у відповідності з натурою, “робити те, для чого народжена”, займатись “сродною працею”, яка приносить їй радість, насолоду, втіху. Складовою “науки про щастя” є принцип “економії людиною свого внутрішнього світу”: непотрібно витратити сили на престижну, високооплачувану, але “несродню працю”, гонитву за матеріальними цінностями, владою та ін. примарами зовнішнього світу, тобто відсікаючи все зайве, тимчасове, досягати внутрішнього душевного спокою і миру. Самопізнання у філософії Г. Сковороди постає не просто як інтелектуальний акт, а як самозаглиблення людини, як життєвий процес, в якому задіяні всі її внутрішні сили, насамперед “глибоке серце”, яке як духовна субстанція визначає і сутність, й існування людини. Отже, шлях людини до “істинного щастя” - це шлях прозріння нею власної сутності і Бога, шлях становлення як духовної істоти.

Філософія Г. Сковороди супроводжує по суті все моє життя. Ще з раннього дитинства я любила читати його байки, тому що мені подобалося “глумачити” їх батькам і усвідомлювати, що я зрозуміла глибокий сенс цих творів. Познайомившись ближче з філософією Г. Сковороди, я зрозуміла, що мої погляди є дуже схожими з його, і що вони зовсім не втратили актуальності з часів життя філософа.

Коли ми згадуємо дитинство, ми пригадуємо як добре нам було, якими щасливими ми були. Але з віком, через негативний життєвий досвід, в нас може з'являтися недовіра, замкнутість, навіть ненависть. І головне - що ми не задумуємось, чому ми стали такими, більше того - ми навіть не помічаємо цього.

Сьогодні кожен з нас має великі списки щоденних справ, пов'язаних з ритмічністю життя. І ми так швидко біжимо в цьому колесі, що забуваємо зупинитись і подумати: а чи дійсно я хочу: бути тут, займатися цим, дружити з ним і так далі. Така проста і відверта розмова з самим собою допоможе досягнути єдності думки і тіла, зрозуміти свої переконання і цілі, і стати на

шлях істинного для себе щастя. Це перший крок, який варто зробити, щоб бути задоволеним своєю працею, своїм оточенням, і самим собою. Г. Сковорода, як зазначалося створив поняття сродної праці – тобто праці, до якої людина має хист і яка приносить їй задоволення. Ту роботу, до якої тягнеться душа, навіть роботою важко назвати – швидше це заняття, хобі, яке приносить користь суспільству і годує тебе. Займаючись сродною працею, людина легко досягатиме успіхів, хотітиме вдосконалювати свої навички, ставатиме ліпшим спеціалістом кожного дня. Невдачі та помилки сприйматимуться безпристрасно, а перемоги та досягнення - з чистою дитячою радістю.

Але багато хто стає на свій шлях, і, надто захопившись ціллю, забуває дивитись у теперішнє, направивши погляд цілком у майбутнє. У мене і в самій була така помилка. Я настільки захоплювалась мішенню, що не переживала сам політ стріли, тим самим втрачаючи масу приємних моментів, які відчуваєш в процесі досягнення мети. Адже якщо порівняти радість під час досягнення цілі і в процесі досягнення цілі - то виявиться, що в процесі досягнення ми здатні отримувати набагато довготриваліше задоволення. Не усвідомлюючи це, людина сприймає весь світ сірим, а мету - різнокольоровою сяючою прикрасою, отримавши яку, вона неодмінно стане щасливою.

Та отримавши її, вона радіє годину, день, тиждень, а потім знову повертається до свого сірого світу. Сковорода вважав, що життя людини має бути радісним, і зробити його таким може лише вона сама. І це слова, варті для усвідомлення кожним. “Не той щасливий, хто бажає кращого, а той, хто задоволений тим, чим володіє” [3]. Немає важливішого завдання, ніж навчитись усвідомлювати своє щастя зараз, в кожную мить, незалежно від обставин. Цінувати своє здоров'я, свій дім, своїх близьких та свої можливості - ці дії змінять життя всіх, хто дійсно цього хоче. А якщо ще й навчитись боротися з нудьгою, сумом та страхом – особа стане набагато кмітливою, грайливою та веселою. Сковорода вважав ці стани руйнівними. Всі вони, на його думку, “роблять душу приреченою на розслаблення, позбавляють її здоров'я”, а антиподами вважав радість, кураж, працю [4]. І дійсно, не контролюючи наші емоції, ми дозволяємо їм налаштовуватись на негативні хвилі, пускаючи неприємні думки до голови та псуючи собі настрій. Постійне знаходження у такому стані викликає тривожність, безсоння, знищує нас зсередини, що не тільки вбиває мотивацію до пізнання чи створення нового, а й унеможлиблює це фізично. Навчившись керувати собою та подолавши в собі рабську свідомість, людина перетворюється.

Філософ поділяв світ на двоє: істинне та тлінне [4]. Він вважав, що людина може досягнути багатства та влади без віри, але здобувши цю віру, вона опиниться перед усвідомленням їх мізерності. Сковорода вважав любов і віру нерозривними поняттями, що призначені для людей, мають бути присутніми у будь-якій буденній справі, і в той же час мають вирішальне значення. Ось чому так важливо як можна раніше усвідомити та пізнати цінність свого існування. Ось чому Григорій Савич пише: “Скрізь любов та віру людина пізнає себе” [4] - тому що ніякі гроші та винагороди не наблизять вас до розмови із собою, коштовності не принесуть вам ні тепла, ні прихистку, а титул не дасть вам ані втіхи, ані підтримки. Саме любов до цього світу і

свого життя зігріватиме у важкі часи і захищатиме вас від ненависті. Саме віра допомагатиме вам підніматися на ноги і не збиватися з дороги. І тоді, кожного разу почувши спів птахів чи побачивши схід Сонця, ви почуватиметеся найщасливішою людиною на Землі.

Література:

1. Васильєва І. В. Філософія релігії та медицини свт. Луки (В.Ф. Войно-Ясенецького). Вісник Національного авіаційного університету. Філософія. Культурологія. Збірник наукових праць. – №1 (27), 2018. – С. 5-9.
2. Федів Ю. О., Мозгова Н. І. Історія української філософії. – К., Україна, 2001. – 512 с.
3. Філософські роздуми Григорія Сковороди про людське щастя. – URL: www.ukrlib.com.ua
4. Філософські погляди Г.Сковороди. – URL: www.univ.kiev.ua
5. Сковорода Г. Потоп зміїний (Уривки). Розмовляють Душа і Нетлінний Дух 1791 року, серпня 16 / Вкн.: Федів Ю. О., Мозгова Н. Г. Історія української філософії: Навчальний посібник. К., Україна, 2001. – 512 с.

Походенко А. О.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
annapohodenko123@gmail.com

Науковий керівник:
д. філос. н., проф. Васильєва І. В.,
завідувач кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

НАУКА ТА РЕЛІГІЯ: СПІВРОБІТНИЦТВО ЧИ ПРОТИСТОЯННЯ?

“Особливої” актуальності зазначена тема набула у період постсекулярної доби, коли з’явилася можливість мислити не нав’язано та вільно. Радянська епоха нав’язала думку про протистояння науки та релігії. У 20-му столітті з’являється ідея вченого, як нового спасителя, що зможе врятувати всіх, а на протигагу йому (новому ідолу) виставляється релігія, як те, що заважає розвитку науки, і крім того, “заперечує” її. Проте нині, у наш час, вічні питання знову постали перед суспільством, поверхнєве вивчення Біблії викликає питання, а ніби-то наукові факти заперечують дійсність написаного. То чи можливо після десятиліть антирелігійної пропаганди поєднувати у собі науку та релігію? Це співробітництво чи протистояння?

Щоб дати відповідь на це запитання, потрібно розібратися навіщо нам релігія, і навіщо нам наука, що ми хочемо отримати з кожної сфери. *Релігія* наближає нас до Творця. Через Біблію Бог відкриває завісу одвічних таємниць. Так як Біблія написана не научпопом, і до того ж, давньоєврейською мовою, поверхнєве пізнання і буквальне розуміння Біблії унеможливується.

Це відбувається через давність мови, якою вона (Біблія) написана. Так, наприклад, у виразі: *“і створив Бог два світила великі”* (Бут. 1,16) – слово *“створив”* означає зробив, довершив виконання того, що було створено, первісно викликано до буття (дієслово *“творити”* вжито в першому вірші). (В оригіналі розрізняються два цих дієслова: – *творити* і – *створювати*). Ще більшу наївність виявляють ті, які заперечують Біблійну давність існування світу, забуваючи, що Біблія визначає в роках лише тривалість людської історії, а не існування світу або самого процесу його творіння [1, с. 25].

Отже, Біблія необхідна нам для розуміння загальних ідей, етапів створення, ходу думок Творця, якщо завгодно. Наука ж, пояснює нам це за допомогою доступного для людського розуму способу, тим самим наближуючи нас до Творця ще ближче. Вона розкриває сам процес створення. Немає нічого поганого та суперечливого в тому, що наука *“розкриває”* чудеса Біблії. Адже дійсно, будь-яка дія має своє фізичне підґрунтя. Американські вчені досліджували чудо Червоного моря і як воно могло *“розступитись”*. За допомогою комп’ютерної симуляції, повідомляє Бі-Бі-Сі, автори дослідження продемонстрували, що *“коридор”* у воді міг виникнути через сильний східний вітер, який не вщухав упродовж всієї ночі. Експерти припустили, що події, про які йдеться в біблійній книзі *“Вихід”*, могли статися на місці, де річка Ніл у давнину впадала в море. Дослідження показали, що під напором вітру вода, можливо, відійшла в дельту річки та морську затоку. Через коридор, що утворився таким чином, і могли пройти ізраїльтяни [2]. Звісно, чуду є природне пояснення. Проте зазначимо, що чудо полягало у тому, що море розступилось саме у момент, коли Ізраїльтяни були перед ним, і повернення води співпало з моментом наближення фараонових військ, що унеможливило їм прохід.

Підсумовуючи підходи свт. Луки до цього питання можна умовно позначити його гносеологічні та антропологічні аспекти. В. Ф. Войно-Ясенецький доводить, що наука та релігія є автономними сферами пізнавальної діяльності людини. Якщо наука постає як система знань про явища, що спостерігаються, прояви життя, природи (феномени, а не ноумени), то релігія як відношення до Абсолюту, Бога є трансцендентною формою осягнення людиною дійсності...

Свт. Лука виходить з того, що потреби в релігії та науці є потребами людського духу, які кореняться у надрах людської природи. Надзвичайно актуальною в контексті сучасного гуманітарного дискурсу є думка автора *“Науки та релігії”* про необхідність віднайти гармонію між цими потребами у духовному розвитку людини...” [3, с.15, 16]. Як доводять сучасні науковці, релігія, будучи поліфункціональним феноменом, виконує унікальні (курсив А. П.) функції (компенсаторна, терапевтична, трансцендентування, комунікативна тощо), які пов’язані з безпосереднім зверненням до внутрішнього, психічного та духовного світу людини. Реалізація цих функцій релігії набуває особливе значення в умовах кризових ситуацій, особистих драм і трагедій, жажів війни.

Вище зазначені аргументи показують, що детально та глибоке пізнання кожної зі сфер не створюють суперечностей, а навпаки об’єднуються навколо одного концепту, моделі діалогу та співробітництва. Адже за свт. Лукою, серед джерел міфологем протистояння релігії науці – поверховість знань як у

науці, релігії, так і філософії. Отже, релігія, за свт. Лукою, це наше ставлення до Абсолюта, в даному випадку до Бога [1, с.13].

Вважаю, що релігія є батьківщиною цінностей. Вона відкриває нам життя з Богом, через ближніх і безпосереднє ставлення до них, тому що всі люди створені за образа Божим, і подобою Бога, і в кожній людині є Христос. Релігія робить актуальними проблеми моралі та біоетики, які є важливими в науці, і особливо в медицині. Наука ж відкриває нам таємницю створення, народження, зцілення. Вона є чудовим інструментом через який ми глибше пізнаємо премудрість Творця, і за допомогою якого ми можемо служити Богу і ближнім.

Література:

1. Святитель Лука (Войно-Ясенецький). Наука і релігія. Сімферополь, 2006. 160 с.
2. Брага С. Комп'ютер показав, чому розступилося Червоне море. Газета Кабінету Міністрів України "Урядовий кур'єр". – URL: <https://ukurier.gov.ua/uk/articles/kompyuter-pokazav-chomu-rozstupilosya-chervone-mor/#>
3. Васильєва І.В. Християнська філософія свт. Луки в контексті сьогодення // Релігія та медицина. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, присвяченій пам'яті свт. Луки (В.Ф. Войно-Ясенецького), 11-12 червня 2019 р. – Київ: Вид-во НМУ імені О.О. Богомольця, 2019. – С. 14-19.

Кузнецов О. О.,
НМУ імені О.О. Богомольця,
UU920909@gmail.com

Науковий керівник:
д. філос. н., проф. Іщук Н. В.,
професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

МОВЛЕННЄВІ ПОРУШЕННЯ В КОНТЕКСТІ РЕЛІГІЙНОГО СВІТОГЛЯДУ

Мовленнєві порушення або порушення мовлення – це концепт, що позначає відхилення від мовної норми, прийнятої в певному мовному середовищі [1]. Для їхнього позначення лікарі й логопеди використовують різноманітні терміни, а саме: дефекти мови, недорозвинення мови, мовна патологія тощо. На жаль, наведене термінологічне розмаїття доволі некоректне, оскільки в означених випадках мову (семіотичну систему) плутають з мовленням – відтворенням цієї системи в спілкуванні. Проте в будь-якому випадку нормальне мовлення є передумовою плідної комунікації, формування й соціалізації людської особистості, а мовленнєві порушення

(далі МП) перешкоджають цим процесам. Фахівці медичного профілю вважають МП симптомами хвороб або межових станів. Як правило, цей тип порушень обумовлений відхиленнями у психофізіологічному механізмі мовлення, його невідповідності віковій і іншим нормам. Наприклад, серед дітей з МП є діти з нормальним біологічним слухом, зором і інтелектом. Їх необхідно відмежовувати від дітей, у яких МП є одним із супутніх симптомів важкого захворювання: хворих на олігофренію, дітей із “затримкою психічного розвитку, сліпих і слабозорих дітей, дітей з раннім дитячим аутизмом тощо. Серед причин, що викликають МП, розрізняють біологічні та соціальні фактори. Біологічні причини розвитку МП – це патогенні фактори, що впливають на плід у період внутрішньоутробного розвитку й пологів (гіпоксія плоду, родові травми та ін.), а також у перші місяці життя після народження (мозкові інфекції, травми черепа тощо)” [1]. Також необхідно розрізнити МП й “мовленнєві відхилення від норми. Останні викликані віковими особливостями формування мовлення або умовами зовнішнього середовища (соціально-психологічними чинниками). Соціально-психологічні фактори ризику пов’язані з психічною депривацією дітей. Здебільшого негативний вплив на мовленнєвий розвиток формують наступні дії (ситуації): необхідність засвоєння дитиною молодшого дошкільного віку одночасно двох мовних систем, зайва стимуляція мовленнєвого розвитку дитини, педагогічна занедбаність, тобто відсутність належної уваги до розвитку мовлення дитини; дефекти мовлення оточення тощо” [2].

Причини виникнення й конфігурації МП настільки різні й складні, що задля конструктивної систематизації дефектів первинного генезу за їхніми основними ознаками виокремлюють щонайменше дві класифікації: клініко-педагогічну й психолого-педагогічну (поза класифікаціями розглядають патології з невизначеною етіологією). Також розрізняють системні порушення мовлення, які фіксують сукупність уражень мовленнєвої системи. Більш детально класифікація МП є куди глибшою та складнішою, тому наведемо приклади лише тих дефектів, що мають квазівідповідники в релігійних практиках. Серед них: порушення усного мовлення, такі як: “дисфонія – відсутність або порушення голосу, браділалія – патологічно уповільнений темп мовлення, тахілалія – патологічно прискорений темп мовлення, ринолалія – порушення тембру голосу й звуковідтворення, що зумовлене анатомо-фізіологічними дефектами мовного апарату, афазія – повна або часткова втрата мовлення, обумовлена локальними ураженнями головного мозку” [6], мутизм, мовленнєвий негативізм – пацієнт здатний розмовляти, добре розуміє мову оточення, але не виявляє будь-яких ознак про готовність вступити в діалог тощо. Виокремимо й “порушення писемного мовлення, а саме: дислексія (алексія) – часткове (повне) порушення процесів читання, дисграфія (аграфія) — часткове (повне) специфічне порушення процесу письма” [2]. Порушення як усного, так і письмового мовлення виділяють їхнього носія з-поміж інших членів соціальної групи, перетворюючи його на особливого, а найчастіше – стигматизованого за мовленнєвою ознакою.

Щодо релігійного аспекту проблеми МП, то жодна релігійна система не оперує наведеним концептом. Попри це доволі часто нестандартне мовлення

набуває магічного й символічного значення, особливого сакрального сенсу. У таких випадках нестандартне мовлення (або його відсутність) сприймається як покарання за гріхи, ознака одержимості чи, навпаки, вияв особливого духовного шляху людини.

Зокрема, вроджена чи набута німота в більшості релігійних спільнот сприймалася як покарання богів або випробування. Зцілення від цієї недуги – як чудо. Показовими є приклади із Біблії, коли основою людських бід є духовна глухота. Так, причиною гріхопадіння Адама і Єви стало їхнє небажання почути Слово Боже; Захарія (батько Івана Хрестителя) онімів, не повіривши ангелові, який сповістив йому про народження сина (Лк: 1:20-22); а глухота і німота чоловіка із Десятимістя були лише наслідком його біснуватості (Мк: 7, 31-37). У всіх цих випадках запорукою зцілення стали набуття чутливості до Слова Божого й зміцнення віри. Аналогічний підхід до означених вад слуху й мовлення поширений не лише в аврамічних релігіях, а й у інших релігіях світу, а також на культурно-побутовому рівні. Наприклад, німих від народження людей зазвичай боялися. Коли німота зникла, то це вважалося божим чудом або магічною дією. А коли балакуча людина говорила зайве або брехала, то могла почути таке “побажання”: “Щоб тобі язик відсох!”

Інша справа – свідома обітниця мовчання, поширена у багатьох релігіях. Вважається, що людина, яка дає таку обітницю, через строгу аскезу служить Богам. Приміром, практика вербального мовчання існувала в ісихазмі. Метою ісихазму було обоження людини й синергія творіння зі своїм Творцем. Засобом досягнення визнавалася невпинна чиста молитва. Як правило, у православ'ї розрізняють молитву вуст, молитву розуму й молитву серця. Завданням ісихаста було зведення розуму в серце й невпинне невербальне промовляння Ісусової молитви: “Господи Ісусе Христе, Сину Божий, помилуй мене грішного!” Розумово-сердечна молитва мала трансформуватися у “внутрішнє споглядання”, бути чистою, оскільки поєднувалася з тверезістю, контролем за усіма помислами, що витікають зсередины, очищають розум і серце. Як писав св. Іван Синаїт у Ліствиці: “ісихастом є той, хто намагається заключити у своєму тілі безтілесне.” Ключовою є цитата зі Святого Письма: “Боже Царство всередині вас” (Лк: 17-21). У строгому сенсі слова чисту молитву не можна назвати мовчанням, скоріше зупинкою внутрішнього діалогу, коли людина намагається спрямувати всі зусилля на розумово-сердечний діалог з Богом.

Так само значної концентрації потребує практика мантр. “Мантра (з санскр. – інструмент мислення, вислів, молитва) – священний звук чи гімн в йозі, індуїзмі та буддизмі, що вимагає точного відтворення звуків, його складових. Корінь “man” в перекладі з санскриту – мислити, суфікс “tra” – інструмент. Тобто мантра – це звук, який є інструментом мислення” [4, с. 51]. “Мантри мають ведичне, індуїстське походження, лише згодом вони були адаптовані в буддизмі й джайнізмі. Мантри часто порівнюють з молитвами й заклинаннями, але від перших їх відрізняє стислість форми, щодо других, іншою є їхня мета. Також мантра не є молитвою ще й тому, що для неї важливіший не стільки сенс, скільки точне відтворення звуків. Мантра може складатися як з одного складу (наприклад, “Ом”), так і з поєднання звуків та складів – “Ом Тат Сат!” Аналоги мантр є в сикхізмі, зороастризмі, даосизмі, в суфізмі. У японських і китайських

культурах крики “ос” та “кійа” – явища, відповідні поняттю мантри. У японській традиції сингонії слово “сінгон” означає мантру” [7]. “Також мантри – це основа трансцендентальної медитації та мантра-йоги. В індуїзмі вважають, що всі слова, які використовують люди, виражають вплив розуму на матерію. Якщо слова промовляються людиною, що володіє езотеричним знанням, то можуть формуватися так звані “слова сили” або “фрази сили”. Таку людину в Стародавній Індії називали мантракара (з санскр. – творець мантр). Священні тексти містять безліч великих мантр, найвеличнішим з яких є слово “Ом” [7].

“Індуїсти вважають, що мантра – це певна форма мовлення, що робить істотний вплив на розум, емоції та навіть на зовнішні предмети. Ідея, що певні слова й фрази мають потужну силу заснована на переконанні, що будь-який рух супроводжується звуком, хоча багато рухів в природі відтворюють звуки, недоступні людському вуху. Більш того, ці звуки насправді є словами або твердженнями, значення яких може зрозуміти лише знавець, – у цьому випадку можливе розуміння “досконалого зв'язку” або опанування “універсальної мови”. Відповідно до принципів індуїзму в реальному світі функція передує структурі, а виголошеному слову передує думка, яка у свою чергу є творчою силою. Внутрішня безмовність настає, коли замовкає ego. Розум вібрує мовчки в досконалії гармонії з безкінечним «Я». Безмовність наповнена вібрацією “Анахат” (з санскр. – неушкоджений, неуражений і непобитий) [5; 7]. Коли людиною досягається досконалість в практиці мантри, вона відчуває радість і зцілення, єдність із довіллям.

З позицій науки “мантра – це технічний прийом, спрямований на регулювання психічного життя й налаштування свідомості на певну “хвилю”. Існує безліч мантр, кожна з яких має власні якості, ритм і дію. Звуки, виголошені людиною, змушують її фізичне й енергетичне тіло налаштовуватися, резонувати й синхронізуватися із її енергією та частотою. Поєднання звуків, резонансу й ритму мантри призводить до зміненого стану свідомості, яка встановлює образ для потоку думок” [7]. Попри це мантра є певною мовленнєвою девіацією, оскільки демонструє нетривіальну мовленнєву поведінку, яку поза сакральним контекстом можна тлумачити як вияв реактивної шокової поведінки, психічного захворювання чи органічного ураження мозку.

Мовленнєві девіації трапляються не лише під час індивідуальних медитативних практик, а й під час колективних богослужінь. Подекуди трапляються ситуації, які й досі складно обґрунтувати з наукових позицій. Зокрема, йдеться про глосолалію, у історичному контексті поширену в деяких язичницьких культурах, а також у Ранньохристиянських Церквах і громадах п'ятидесятників, названих так на честь цього Дару Святого Духа, який, як вважається, зійшов на учнів Христа в Єрусалимі, у свято П'ятидесятниці у 33 р. н.е. Глосолалія (з дав.-гр. – мова, говорю) – “один із дев'яти дарів Святого Духа, перелічених у Біблії. Згідно з Біблією, людина, що володіє цим даром, може молитися, пророкувати й проповідувати Благому Звістку незнайомими мовами. Оскільки говоріння іншими мовами та інші дари Святого Духа даються християнину в результаті (і після) хрещення Святим Духом, глосолалію вважають ознакою того, що людина отримала не тільки водне хрещення, а й

хрещення Духом, яке саме по собі є даром, переживанням, що приймається вірою” [7].

“У Святому Письмі міститься два пророцтва про виникнення дару інших мов. Уперше цей дар передбачив пророк Ісаїя в VII ст. до Різдва Христового: “незрозумілими устами й іншою мовою буде казати народові цьому” (Іс: 28, 11). Одначе варто зазначити, що авторитетні біблійні тлумачення розуміють в даному місці “іншу мову” як мову асирійців. При цьому, як можемо зрозуміти з контексту Книги пророка Ісаї, “дар” чужої мови буде для ізраїльтян покаранням за відступництво від Бога. Слідом за Ісаєю про виникнення надприродного дару сказав Ісус Христос. Він перерахував п'ять надприродних ознак, призначених Богом для супроводу Євангельської проповіді по всьому світу, одним з яких є говоріння на інших мовах: “А тих, хто ввірує, супроводити будуть ознаки такі: у Ім'я Моє демонів будуть вигонити, говоритимуть мовами новими...!” [7]. У результаті на п'ятидесятій день учні Христа заговорили невідомими їм мовами, щоб проповідувати Слово Боже різним народам.

Щодо п'ятидесятництва, то в цьому випадку глосолалія, як індивідуальна, так і колективна спостерігається під час досить емоційних богослужінь. Раптом віряни починають розмовляти відомими й невідомими (ангельськими) мовами, що сприймається ними як доказ правдивості їхнього віровчення й навіть ознака зв'язку з Богом. Як правило, після богослужіння ця здатність зникає, як і намагання згадати подробиці цієї події. Для сторонніх осіб це може здатися дещо екзальтованим дійством, але для самих вірян це є вершиною молитовного діяння.

Слід зауважити, що в науковому середовищі існують сумніви, чи не доречніше назвати новозавітний дар володіння мовами ксеноглосією – здатністю вільно володіти іншою мовою, яку людина, що нею говорить, ніколи не вивчала, протиставляючи їй глосолалію – бурмотінню невідомою мовою [3]. З позицій науки глосолалія – це “мовлення, що складається зі слів і словосполучень, яке має деякі ознаки осмисленої мови (темп, ритм, структура складу, відносна частота використання звуків); мова з безліччю неологізмів і неправильною побудовою фраз” [4; 7]. Вважається, що такий стиль мовлення спостерігається у людей, що перебувають у стані трансу, під час сну або при окремих психічних захворюваннях (вірогідно, що це є майстерна імітація знання інших мов).

Отже, мовленнєві порушення – це складний феномен, що прояснюється лише в контексті його вияву. У цьому ключі МП можуть бути довготривалими чи короткотривалими; керованими чи некерованими; функціональними чи органічними; фізичними чи метафізичними. Наукові та релігійні підходи до МП докорінно відрізняються, що й потребує подальшого системного міждисциплінарного дослідження.

Література:

1. Класифікація мовленнєвих порушень. – URL: <https://dvclinic.com.ua> (дата звернення: 10.05.2024).
2. Порушення мови. – URL: <https://irc-lutsk.wixsite.com/irc-lutsk/-lang> (дата звернення: 10.05.2024).

3. Що таке глосолалія. – URL: <https://www.gotquestions.org/Ukrainian/Ukrainian-glossolalia.html> (дата звернення: 13.05.2024).
4. Літературознавча енциклопедія: у 2 т. Т.1. Київ : Академія, 2007.
5. What is tantra? Part 1. – URL: https://www.youtube.com/watch?v=JXR Lq5EHXbQ&list=PLD2XwsCitQVcww7U8q_DjjdhQYe1bZcS9&index=1 (дата звернення: 10.05.2024).
6. Порушення усного мовлення. – URL: <http://um.co.ua/10/10-6/10-66916.html>
7. Мантра. – URL: <https://www.wikidata.uk-ua.nina.az/Мантра.html>

Дніпровський А. С.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
dneprovkaya401@gmail.com

Науковий керівник:
д. філос. н., проф. Шевченко С. Л.,
професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

БИОМЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ: ЕТИЧНІ ТА РЕЛІГІЙНІ ДИЛЕМИ

У розгляді перспектив наукових та технологічних проривів у біомедичних дослідженнях та медицині сучасного світу, особлива увага приділяється таким напрямкам, як генна терапія, застосування штучного інтелекту в медицині та кріоніка. Ці новітні досягнення відчиняють двері до небувалих можливостей у лікуванні захворювань та покращенні якості життя людей. Проте, важливо визнати, що вони також породжують глибокі етичні, моральні та релігійні дебати.

Генна терапія, безперечно, стоїть на порозі революції в медицині, з потенціалом глибокого трансформування підходів до лікування низки генетичних розладів та захворювань. Лікування таких станів, як муковісцидоз, гемофілія та синдром Дауна, через заміну або виправлення неправильних генів існуючих клітин, формує перспективи небачених досі результатів. Наприклад, сучасні дослідження демонструють здатність генної терапії коригувати мутований ген CFTR у пацієнтів з муковісцидозом, забезпечуючи значне покращення їхнього стану [1, с. 3].

Крім лікування існуючих захворювань, потенціал генної терапії розширюється до можливості “проекування” ембріонів з певними бажаними характеристиками. Зокрема існує можливість не лише покращення фізичних та когнітивних здібностей, а й вибору певних фізичних рис. Однак, як пояснюють сучасні дослідники даної проблематики, це породжує дискусії щодо “генетичної еліти”, коли лише заможні громадяни, отримавши доступ до таких технологій, отримають монополію на ефективну диференціацію суспільства на класи, характерними рисами яких стане генетичне “покращення” [2].

Моральні дилеми, пов’язані з генною терапією, не потрібно ігнорувати. Зокрема, концепція “гри в Бога” через втручання в засадничий генетичний

код людини викликає питання щодо меж людського втручання в природні процеси. Більше того, існує ризик непередбачуваних наслідків, які можуть проявитися не лише внаслідок некоректного втручання, але і в наступних поколіннях. Так відомий німецький філософ і соціолог, представник нової генерації “франкфуртської школи”, Юрген Габермас, застерігав, що втручання в геном може мати незворотні наслідки, етичні наслідки яких ми можемо лише починати осягати [Цит. за: 3, с. 64].

Питання рівності доступу до генної терапії стає гострим етичним викликом. Забезпечення того, щоб ці новітні технології були доступними та справедливими для всіх верств суспільства, є важливим аспектом. Наприклад, у випадку генної терапії на ціни впливає відсутність конкуренції, оскільки генну терапію рідкісних захворювань розробляє обмежена кількість компаній, а також той факт, що часто лише невелика кількість пацієнтів може отримати користь від конкретного лікування – ситуація, в якій прибуток від невеликої кількості доз повинен компенсувати всі витрати на розробку і виробництво препарату [4]. Велика вартість та обмежений доступ до даних медичних процедур підкреслюють небезпеку генетичної дискримінації, коли більшість людей без відповідних фінансових засобів фактично втрачають можливість доступу до новітніх технологій, потрапляючи таким чином в невідгдане та нерівноцінне становище порівняно з так званою “елітою”.

Розуміння необхідності державного регулювання генної інженерії було присутнє ще у 1987 році, про що свідчить стаття Джулі Л. Гейдж “Державне регулювання генної терапії людини”. Авторка підкреслювала, що встановлення чітких міжнародних стандартів безпеки, етики та клінічних випробувань для генної терапії є критичною необхідністю. Гейдж зазначає, що без ефективної регуляторної бази та співпраці між урядами, вченими та лікарями різних країн у виробленні спільних підходів, розвиток цієї перспективної галузі відбуватиметься хаотично, створюючи потенційні ризики для пацієнтів та репутації технології [5, с. 207]. Таким чином, ця робота демонструє, що вже на ранніх етапах розвитку генної інженерії існувало розуміння важливості державного регулювання та міжнародної співпраці в цій сфері.

В контексті застосування штучного інтелекту в медицині виникають питання про роль і місце людського фактору у процесі прийняття рішень щодо здоров'я та лікування. Штучний інтелект, з одного боку, відкриває нові можливості для точнішої діагностики та ефективного лікування, а з іншого – породжує побоювання щодо знеособлення медичного догляду та потенційного зловмисного використання технологій. Важливим аспектом є визначення відповідальності за помилки, зроблені штучним інтелектом, про що йдеться, зокрема, у статті С. Холм “Про виправдане використання штучного інтелекту для підтримки прийняття рішень у доказовій медицині: обґрунтованість, зрозумілість та відповідальність” [6]. Такий стан речей вимагає фахової й ретельної розробки нормативно-правової бази для регулювання цієї сфери.

Проблематика кріоніки у сучасному науковому та філософському дискурсі є не лише предметом біомедичних досліджень, а й зумовлює глибоке переосмислення концепцій смерті, безсмертя й душі в контексті людського існування. Методи кріоконсервації з одного боку відкривають

потенційну можливість досягнення безсмертя через “заморожування” людей на невизначений термін з метою подальшого “відродження”, водночас, з іншого – породжують безпрецедентні етичні, моральні та релігійні виклики, які не можна ігнорувати.

Кріоніка ставить під сумнів встановлені культурні та релігійні уявлення про смерть та імовірну можливість оживлення. Низка релігійних традицій вважає смерть переходом душі в інший, потойбічний чи вічний світ. Однак, з погляду кріоніки, такий перехід може бути, якщо не скасований, то, принаймні, відкладений на невизначений термін. Відомий дослідник Франческо П'ері вказує, що “використання кріогеніки з метою консервації людських тіл після клінічної смерті ставить питання про те, що вважати “остаточною” смертю та які правові та моральні наслідки це має” [7, с. 3].

Ці виклики призводять до необхідності діалогу між різними релігійними та етичними поглядами. Деякі релігійні лідери вважають, що кріоніка може бути спробою обійти божественний план для людини, тоді як інші вбачають у цьому потенційну можливість для продовження божественного творіння в нових формах. Різноманітність поглядів на кріоніку в релігійних спільнотах вимагає глибшого розуміння того, як технологічні інновації можуть бути інтегровані у віровчення, не порушуючи основоположних релігійних принципів.

Важливо підкреслити, що розвиток кріоніки може вплинути на фундаментальні уявлення про життя та смерть у суспільстві. Вона не лише відкриває дискусію щодо можливості досягнення безсмертя, а й змушує переосмислити значення людської ідентичності та суверенітету над власним тілом. У цьому контексті, роль медичної етики та релігійного діалогу, встановлення збалансованих меж для застосування таких технологій стає критично важливою.

Отже, генна терапія, застосування штучного інтелекту в медицині та кріоніка як новітні напрямки наукових та технологічних проривів у біомедичних дослідженнях та медицині сучасного світу відкривають безпрецедентні можливості для покращення здоров'я та якості життя людей. Водночас, вони породжують глибокі етичні, моральні та релігійні дилеми, які вимагають ретельного розгляду та суспільного діалогу.

Генна терапія порушує питання про межі людського втручання в природні процеси, зокрема, на наш погляд, необхідно зважувати всі ризики непередбачуваних наслідків та дбати про забезпечення рівного доступу до цих технологій. Застосування штучного інтелекту в медицині актуалізує необхідність визначення ролі людського фактору та відповідальності за потенційні помилки. Кріоніка ж ставить під сумнів усталені уявлення про смерть, безсмертя та ідентичність людини, що потребує громадського обговорення та оцінки, а також належного етичного осмислення проблеми.

Проаналізовані виклики вимагають міждисциплінарного підходу, який би включав не лише медичні та технологічні аспекти, а й етичні, правові, соціальні та релігійні виміри. Важливо забезпечити широкий суспільний діалог, залучення різних верств населення, релігійних спільнот та експертів для вироблення збалансованих підходів до регулювання та застосування цих технологій. Лише відповідальне та всебічне осмислення потенціалу та

ризиків цих наукових технологій дозволить нам максимально використати їхні переваги для людства, мінімізуючи при цьому можливі негативні наслідки.

Література:

1. Anderson, B. D. (2020), "Gene therapy for correction of the CFTR mutation in patients with cystic fibrosis", *Nature Medicine*, No. 26(10), pp. 1409-1415.
2. Kahn, J. P. (2019), "Gene editing and the ethics of human enhancement", *Nature Biotechnology*, No. 37(10), Pp. 1070-1075.
3. Anderson, J. "Book Reviews. Jürgen Habermas, *The Future of Human Nature*" [Translated by Hella Beister, Max Pensky, and William Rehg]. Cambridge: Polity, 2003. Pp. viii+127, *Ethics, An International Journal of Social, Political, and Legal Philosophy*, Vol. 115, No. 4 (July 2005), pp. 816-821. – URL: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/pdf/10.1086/430477>
4. Gene therapies should be for all (2021), *Nat Med* 27, 1311. – URL: <https://www.nature.com/articles/s41591-021-01481-9#citeas>
5. Gage, J. L. (1987), "Government Regulation of Human Gene Therapy." *Jurimetrics* 27, no. 2, pp. 200-218. – URL: <https://www.jstor.org/stable/29762004>
6. Holm, S. (2023), "On the Justified Use of AI Decision Support in Evidence-Based Medicine: Validity, Explainability, and Responsibility", *Camb Q Healthc Ethics*, Jun No. 9, pp. 1-7. doi: 10.1017/S0963180123000294
7. Pieri, F. (2023), "Ethical and Legal Considerations Within the Quantitative Research of Cryonics", *Journal of Student Research*, 12(2), pp. 1-5, <https://doi.org/10.47611/jsrhs.v12i2.4245>

Каменська Ю. А.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
julkkam09@gmail.com

Науковий керівник:
Нечушкіна О. В.,
ст. викладач кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ПИТАННЯ ВИНИКНЕННЯ ДУМОК ПРО САМОГУБСТВО У ПІДЛІТКІВ: СОЦІОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ

Мешканці сучасного світу досить часто стикаються з рядом проблем, що впливають на психологічний стан та відображаються у повсякденній поведінці. За статистикою Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) (2019), кожного року близько 7000 людей в Україні помирають шляхом самогубства. Самогубство рідко спричинене лише одним визначеним фактором, часто їхньою сукупністю на різних рівнях. За останні півстоліття сус-

пільство зазнало багато змін, що неодмінно відобразилися на кожному. “Щоразу, коли в суспільному організмі відбуваються докорінні зміни, зумовлені як різким зростанням, так і нежданим катаклізмом, людина стає доступнішою самогубчому потягу” (Дюркгайм, 1998, с.298).

Причинами самогубств можуть бути психічні розлади (депресія, прикордонний розлад особистості), зловживання психоактивними речовинами, історія самогубств у родині. Однак багато з них трапляється у моменти, коли людина втрачає можливість повноцінного контролю над своїм життям. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) (2023), серед осіб віком 15-29 років самогубство посідає четверте місце серед причин смерті.

Звідси, проблема визначення причин спроб самогубства серед підлітків є актуальною для учнів випускних класів та студентів молодших курсів, адже саме в цей період відбуваються бурхливі фізіологічні зміни і молода людина стикається з новими викликами соціального середовища.

Мета: обґрунтування доцільності проведення емпіричного соціологічного дослідження виникнення думок про самогубство серед підлітків з використання якісних методів збору, обробки та аналізу інформації.

Згідно з теорією розвитку особистості Еріка Еріксона, людина проходить вісім стадій психосоціального розвитку. Цей процес відбувається безперервно, від самого народження і до смерті. Він розділив його за віковими групами, відповідно до яких людина стикається з психосоціальними кризами, котрі позитивно чи негативно впливають на розвиток особистості (McLeod, 2024). Тож, для підліткового віку характерно переживати кризи, пов'язані з визначенням себе, що є важливим у переході від дитинства до дорослого віку. “Становлення особистісної ідентичності в ранньому юнацькому віці відбувається в процесі подолання вікової кризи, пов'язаної зі зміною соціальної ситуації розвитку – свідомим переходом від позиції дитини до позиції дорослого. Даний процес може мати як продуктивний, так і непродуктивний характер, визначаючи психологічні особливості становлення структурних компонентів особистісної ідентичності” (Ічанська, 2002, с.18).

Формування ідентичності на даному етапі може пройти двома шляхами: позитивним і негативним. Як наслідок формування негативної ідентичності у людини може спостерігатися відчуття невдоволення життям.

Ознаками того, що людина має потяги до самогубства, окрім психічно чи генетично обумовлених чинників, згідно повідомлення Міністерства Охорони Здоров'я України (МОЗ) (2022), можуть бути: “поява тривожності, дратівливості, прояви конфліктної поведінки, злоби; відстороненість, уникнення контактів з друзями та родиною; перепади настрою; поява ризикової поведінки; зміни сну, брак енергії; відмова від їжі або переїдання; негативні репліки про себе; репліки про неможливість виходу зі складної ситуації; труднощі у подоланні щоденних проблем; втрата інтересу до власної зовнішності.”

Тож, думками про самогубство ми будемо вважати такі, що виникають під час кризових станів людини та супроводжуються роздумами про можливість позбавити себе життя. Такі думки не завжди пов'язані зі вчиненням самогубства у майбутньому, проте є істотною ознакою ризику. Важливо їх визначити та приділяти достатню увагу, аби попередити факт вчинення самогубства.

Об'єктом соціологічного можуть виступити особи віком 17-24 роки, що раніше мали думки про самогубство, а предметом – уявлення щодо стосунків з батьками та однолітками в період появи думок про самогубство.

“У якісному дослідженні інтерв'ю як цілеспрямоване соціально-психологічне спілкування інтерв'юера і респондента (інформанта, наратора) є продуктом спільної діяльності дослідника і досліджуваного” (Скокова, 2009, с. 51). Використання глибинного інтерв'ю дає перевагу у створенні комфортних умов для висловлення своїх думок респондентом, не обмежуючи чіткими питаннями та варіантами відповідей, особливо доречним такий метод виявляється при вивченні проблем, що є делікатними для потенційного респондента та таким, що можуть травмувати. Респондента заохочують висловлювати власні уявлення, відчуття, ставлення, не заперечують проти розширення чи скорочення відповідей на певні запитання або кваліфікації деяких із них як недоречних (Скокова, 2009, с.52).

У випадку з думками про самогубство, досвід кожної особи є індивідуальним, тож недоречно порівнювати відповіді респондентів – лише давати оцінку їхній схожості та намагатися зрозуміти переживання людини.

Мешканці сучасного світу, зокрема підлітки та молодь, стикаються з різними проблемами, які можуть впливати на їхній психологічний стан та повсякденну поведінку, включно з думками про самогубство. Проблема самогубств серед молоді є актуальною та серйозною, оскільки вона може мати трагічні наслідки, тож вимагає уваги та вивчення. Дослідження підліткового віку є особливо важливим, оскільки саме в цей період у індивідів відбувається формування ідентичності, а також вони стикаються з різними викликами соціального середовища. Згідно з теорією розвитку особистості Еріка Еріксона, у підлітковому віці є важливі психосоціальні кризи, які можуть впливати на становлення особистості та сприяти виникненню думок про самогубство.

Емпіричне соціологічне дослідження є доцільним з метою розуміння причин виникнення думок про самогубство серед підлітків. Використання якісних методів дослідження, зокрема глибинного інтерв'ю, дозволяє створити комфортні умови для висловлення думок та почуттів респондентів. Це дає змогу отримати індивідуалізовану інформацію та зрозуміти переживання людини, що допомагає виявити потенційні фактори ризику та розробити ефективні стратегії попередження самогубств серед молоді.

Отже, ретельне дослідження причин появи самогубств серед підлітків є важливим кроком у розумінні та попередженні цієї серйозної соціальної проблеми. Використання якісних методів дослідження дозволяє зібрати вичерпну інформацію, що є ключем до розробки ефективних стратегій профілактики та підтримки молоді в складних життєвих ситуаціях.

Література:

1. Дюркгайм Е., 1998. *Самогубство*. Київ: Основи.
2. Ічанська О. М., 2002. *Становлення особистісної ідентичності в ранньому юнацькому віці*. Кандидат психологічних наук, доцент. Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова.
3. Міністерство Охорони Здоров'я України, 2022. Суїцидальна по-

- ведінка: як її помітити та допомогти близьким?. *Міністерство Охорони Здоров'я України*. – URL: <https://moz.gov.ua/article/news/suicidalna-povedinka-jak-ii-pomititi-ta-dopomogti-blizkim> [Дата звернення: 8 Травня 2024]
4. Скокова Л., 2009. Лекція 3: Технології розуміння в інтерпретативній парадигмі. В: Н. Костенко, Л. Скокова, 2009. *Якісні Дослідження в Соціологічних Практиках*. Київ: Вища Школа Соціології. с.51–52.
 5. Mcleod S., 2024. “Erikson’s Stages of Development”. *Simply Psychology*. – URL: <https://www.simplypsychology.org/erik-erikson.html> [Дата звернення: 8 Травня 2024].
 6. World Health Organization, 2019. World Mental Health Day: Suicide Prevention in Ukraine. *World Health Organization* – URL: <https://www.who.int/europe/news/item/09-10-2019-world-mental-health-day-suicide-prevention-in-ukraine> [Дата звернення: 8 Травня 2024].
 7. World Health Organization, 2023. “Suicide”. *World Health Organization* – URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> [Дата звернення: 8 Травня 2024].

Латишева В. І.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
valeryalat@gmail.com

Науковий керівник:
Місержи С. Д.,

к. політ. н., доц., доцент кафедри філософії, біоетики
та історії медицини НМУ імені О. О. Богомольця

БИМЕДИКОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРИМУСОВОЇ ШПИТАЛІЗАЦІЇ

Відповідно до статті 3 Конституції України “людина, її життя і здоров’я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Держава відповідає перед людиною за свою діяльність. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов’язком держави.” [1] В контексті вищезазначеного проблема примусової шпиталізації є однією з найскладніших та етично неоднозначних, зокрема в епідеміології та психіатрії. Вона особливо актуалізується в умовах епідемій та поствоєнні періоди життя суспільства.

Питання примусової шпиталізації було одним із центральних у антипсихіатричному русі, який став важливим фактором формування біоетики, зокрема біомедичної етики як нової етичної системи. Варто зазначити, що значення антипсихіатричного руху, що сформувався протягом 1960-х та 1970-х років, лишається актуальним з двох причин: він допоміг у становленні сучасної психіатричної практикити його критичний потенціал досі не вичерпаний. Прибічники цього руху: відкидали уявлення про хворобу як про виключно біологічне явище; відмовлялись від ідеї про психіатричні діагнози як про нормативно нейтральні

описи хворобливих станів; намагалися уникати використання нейролептиків; розглядали притулок/лікарню/клініку як засіб встановлення фізичного апартеїду між божевільними і здоровими; вбачали у психіатрії спроби регулювати поведінку та психічне життя цілих суспільств навколо меж цього апартеїду через процеси “нормалізації” [2]. Таким чином, наголошували на тому, що психіатрія позбавляла людей свободи й автономії на надуманих підставах.

В статті 2 “Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини”, яка має назву “Пріоритет людини”, зазначено: “Інтереси та благополуччя окремої людини превалюють над виключними інтересами усього суспільства або науки” [3]. Події періоду боротьби з пандемією COVID-19 часто розглядають як певну “кризу біоетики”. Намагання локалізувати розповсюдження хвороби, виявити “нульового” пацієнта на початковому етапі розповсюдження збудника хвороби сприяли застосуванню в певних країнах заходів, спрямованих на обмеження соціальних контактів, зокрема примусової шпиталізації. Так прогнозування поширення епідемії в регіонах України, включаючи смертність, а також порівняння даних з динамікою поширення пандемії за кожний пройдений новий тиждень змушував владу до активних дій. І тому відповідно до статті 29 Закону України “Про захист населення від інфекційних хвороб” було прийнято рішення про встановлення карантину, час якого надалі тільки пролонговувався. Також протягом березня окремими розпорядженнями Кабінету Міністрів України був введений режим надзвичайної ситуації в деяких містах та областях України. Основною метою режиму надзвичайної ситуації була координація дій для реагування на непередбачені обставини та забезпечення безпеки громадян. Відповідно до зазначеної статті 29 передбачені “тимчасові обмеження прав фізичних і юридичних осіб та додаткові обов’язки, що покладаються на них, підстави та порядок обов’язкової самоізоляції, перебування особи в обсерваторії (обсервації), госпіталізації до тимчасових закладів охорони здоров’я (спеціалізованих шпиталів)”. Стаття 31 цього закону наголошує, що “обов’язковій госпіталізації у спеціалізовані лікарні підлягають хворі на особливо небезпечні та небезпечні інфекційні хвороби, а також особи з симптомами таких хвороб” [4]. Примусове стаціонарне лікування передбачалося і статтею 28 діючого до вересня 2022 року Законом України “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення”. Відповідно до неї “особи, хворі на особливо небезпечні інфекційні хвороби, в разі відмови від госпіталізації підлягають примусовому стаціонарному лікуванню...” [5]. Варто сказати про те, що в світі активізувалася полеміка щодо правомірності дій держав, адекватності протиепідемічних заходів.

Якщо говорити про реалії, що посилюються у зв’язку з війною, то згідно зі статистикою МОЗ кількість пацієнтів зі встановленим діагнозом ПТСР в Україні зростає. Директорка Центру психічного здоров’я та реабілітації “Лісова поляна” МОЗ України Ксенія Возніцина говорить про те, що якщо взяти складні розлади, такі як ПТСР, є чітка світова статистика про плюс-мінус 15-20%, у яких він може розвинути, якщо людина відчувала оцю величезну травматизацію. І частина з цих 20% може достатньо швидко відновитися — за рахунок гарної реабілітації, власної цілісності” [6]. Маємо пам’ятати про тих людей, що не

здатні самостійно повернутись до стану щастя та добробуту, в якому людина реалізувала б свої творчі здібності, могла б протистояти життєвим стресам, а також продуктивно працювала та робила б внесок у суспільне життя. Потрібно зазначити, що Закон України “Про психіатричну допомогу” від 2000 року написаний відповідно до сучасних вимог ВООЗ та біоправа. Він виходить із принципів презумпції психічного здоров’я, надання психіатричної допомоги та передбачає державні гарантії щодо забезпечення психіатричною допомогою та соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади. У статті 8 цього закону зазначено, що “заходи фізичного обмеження та (або) ізоляції особи, яка страждає на психічний розлад, при наданні їй психіатричної допомоги застосовуються за призначенням та під постійним контролем лікаря-психіатра ... лише в тих випадках, формах і на той час, коли всіма іншими законними заходами неможливо запобігти діям особи, що являють собою безпосередню небезпеку для неї або інших осіб...”[5] Відповідно до статті 14: “Особа, яка страждає на психічний розлад, може бути госпіталізована до закладу з надання психіатричної допомоги без її усвідомленої письмової згоди або без письмової згоди її законного представника, якщо її обстеження або лікування можливі лише в стаціонарних умовах, та при встановленні в особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона: вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, або неспроможна самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність”. Однак, надання психіатричної допомоги в примусовому порядку визнається доцільною рішенням суду, в який протягом 24 годин з часу госпіталізації, представник закладу з надання психіатричної допомоги направляє заяву про госпіталізацію особи до закладу з надання психіатричної допомоги в примусовому порядку на вищезазначених підставах (стаття 16) [7].

Ми не можемо обійти стороною можливість варіантів точкової лікарської помилки, чи деморалізації родини, а також випадків політичної, або кримінальної обумовленості примусової шпиталізації. Тому варто пам’ятати про незалежну медичну експертну оцінку, яка може бути проведена згідно із Законом України “Основи законодавства України про охорону здоров’я”, за яким державою надається “можливість проведення незалежної медичної експертизи відповідного типу у разі незгоди громадянина з висновком державної медичної експертизи, застосування до нього запобіжного заходу як до особи, стосовно якої передбачається застосування примусових заходів медичного характеру або вирішувалося питання про їх застосування, примусових заходів медичного характеру, примусового лікування, примусової госпіталізації та в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров’я порушуються права громадянина України на охорону здоров’я” [8].

Проблема примусової шпиталізації актуалізує дискусію в контексті захисту гідності та свободи окремої людини та інтересів суспільства, права людини на життя та охорону здоров’я. МОЗ прогнозує зростання кількості пацієнтів, що страждають на душевні хвороби. Це потребуватиме, зокрема, вдосконалення етико-правової регламентації роботи лікаря в межах сучасних правил та принципів біоетики та біоправа.

Література:

1. Конституція України (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996, № 30, ст. 141). – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
2. The eclipse and re-emergence of the antipsychiatry movement. – URL: <https://libcom.org/article/eclipse-and-re-emergence-antipsychiatry-movement>
3. Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину. Ов'єдо, 4 квітня 1997 року. – URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_334
4. Закон України “Про захист населення від інфекційних хвороб”// Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, № 29, ст. 228). – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text>
5. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1994, № 27, т.218) // <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12>
6. Міністерство охорони здоров'я України. Кількість пацієнтів зі встановленим діагнозом ПТСР в Україні зростає. Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад. – URL: <https://moz.gov.ua/article/news/killist-pacientiv-zi-vstanovlenim-diagnozom-ptsr-v-ukraini-zrostaе-scho-treba-znati-pro-posttravmatischnij-stresovij-rozlad>
7. Закон України “Про психіатричну допомогу”. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>
8. Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров'я”. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

Студенецький Є. О.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
studenetsky.nmu@gmail.com

Науковий керівник:
Нечушкіна О. В.,
ст. викладач кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

ПИТАННЯ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ В КОНТЕКСТІ ПРОБЛЕМИ ПЕРЕДЧАСНОЇ СМЕРТНОСТІ СЕРЕД ЧОЛОВІКІВ В УКРАЇНІ

Питання передчасної смерті чоловіків в Україні на сьогоднішній день є однією з найбільш актуальних та важливих проблем суспільства. Її високий рівень, порівняно з країнами Європи [1], суттєво впливає на життя різних верств населення та різні сфери діяльності. Слід зазначити, що дана проблема існувала як до 2022 року, так і до 2014 [2].

Порушена проблема має комплексний характер, оскільки залежить від численних чинників, що включають соціальні, культурні, економічні та медичні аспекти, що притаманні саме українському суспільству. Значущим чинником є наслідки повномасштабного вторгнення, вивчення яких потребує низки комплексних ґрунтовних досліджень. Спроби зменшити показник передчасної смертності серед чоловіків в Україні вимагають ретельного вивчення кожної з цих складових та розробки цілісних стратегій багатогранного характеру.

Виходячи з статистичних даних щодо смертності серед українського населення за 2021 рік видно, що починаючи від народження і до 70 років переважна кількість померлих є особи чоловічої статі [2]. Слід зазначити, що переважна смертність осіб жіночої статі віком від 71 до 80 років і старше може обумовлюватися похилим або старечим віком, для якого притаманні певні захворювання, що можуть призвести до смерті. Одночасно, велика кількість осіб чоловічої статі до похилого або старечого віку не доживають через ті чи інші чинники.

На сьогоднішній день, особливо в умовах війни, здоров'я нації та тривалість життя населення стали ключовими показниками для визначення рівня розвитку та збереження населення країни. Отже, розгляд причин передчасної смерті чоловіків в Україні має величезне значення для формування ефективних стратегій у сферах охорони здоров'я, соціального забезпечення та інших галузях. Одним з перспективних напрямків може виявитися вивчення гендерних стереотипів стосовно чоловіків, адже такі стереотипи впливають на формування індивідуальної поведінки [3] і в результаті мають вплив за здоров'я.

Мета: дослідити ставлення студентів-медиків до гендерних стереотипів щодо чоловіків, як одного з факторів, що обумовлює здоров'я чоловіків і, як наслідок, тривалість життя.

Методи та матеріали: використано комплекс загальнонаукових методів: логіко-аналітичного, формалізації та узагальнення, а також спеціальні соціологічні методи збору обробки та аналізу інформації. Об'єктом пілотного дослідження виступали вітчизняні здобувачі вищої медичної освіти денної форми навчання в Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (віком від 18 до 24 років). В результаті застосування анкетування on-line у лютому – березні 2024 року було опитано 100 здобувачів вищої освіти. Вибіркова сукупність не репрезентативна для всіх студентів-медиків НМУ імені О.О.Богомольця. Обробка інформації здійснювалася за допомогою пакету обробки статистичних даних IBM SPSS Statistics.

Респондентам було поставлено ряд питань, чи вважають вони, що у сім'ї чоловік має бути головний, має меншою мірою за жінок піклуватися про догляд за собою та свою зовнішність, має бути стриманим та мінімально піддаватися емоціям та не має показувати свою вразливість та страхи іншим людям. Студенти-медики, які взяли участь в анкетуванні, мали можливість або погодитися із стереотипним твердженням, або ні, а у разі відсутності сформуованого ставлення – обрати варіант “важко відповісти”. Слід відзначити, що за результатами проведеного анкетування можна говорити, що більшість опитаних, зазначили, що не поділяють запропоновані гендерні стереотипи (Див. Табл.1).

**Ставлення до гендерних стереотипів студентів
Національного медичного університету імені О. О. Богомольця**

Стереотипи	Стать	
	чоловіки (N= 36), %	жінки (N= 63), %
Не вважають, що у сім'ї чоловік обов'язково має бути головним	52,8	79,4
Не вважають, що чоловік має меншою мірою за жінок піклуватися про догляд за собою та свою зовнішність	72,2	84,1
Не вважають, що чоловік має бути стриманим та мінімально піддаватися емоціям	61,1	77,8
Не вважають, що чоловік не має показувати свою вразливість та страхи іншим людям	55,6	82,5

Ми можемо зафіксувати лише певні тенденції щодо різниці ставлення до запропонованих гендерних стереотипів у респондентів та респонденток. Так не було зафіксовано тенденції різниці у ставленні опитаних чоловіків та жінок до таких стереотипів як “чоловік має бути стриманим та мінімально піддаватися емоціям” та “чоловік має меншою мірою за жінок піклуватися про догляд за собою та свою зовнішність” ($p > 0,05$). При цьому респонденти-чоловіки схильні більше поділяти думки, що “у сім'ї чоловік має бути головний» та “чоловік не має показувати свою вразливість та страхи іншим людям” ($p < 0,05$).

Перспективним виявляється проведення комплексного дослідження з метою виявлення зв'язку між ставленням українських чоловіків до гендерних стереотипів щодо власної поведінки та життєвих практик, пов'язаних із здоров'ям.

Доцільно зауважити, що проблема передчасної смертності чоловіків в Україні є не лише проблемою охорони здоров'я, але й проблемою, яка комплексно впливає на сім'ї, суспільство в цілому та на загальну стабільність країни. Тому для досягнення значного зниження рівня смертності чоловіків необхідно враховувати всі аспекти цієї проблеми та діяти на різних рівнях та напрямках аби стабілізувати показник у перспективі.

Література:

1. Average further life expectancy in Germany according to the mortality table in 2020/2022, by gender and age group. – URL: <https://www.statista.com/statistics/1127942/life-expectancy-average-gender-age-group-germany/>.
2. Демографічний щорічник «Населення України» за 2021 рік. – URL: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2022/zb/10/zb_nasel%20_2021.pdf.
3. Sullivan J, Ciociolo A, Moss-Racusin CA (2022) Establishing the content of gender stereotypes across development. – URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263217>

Труш С. А.,
НМУ імені О. О. Богомольця,
sofiyatrush2005@gmail.com

Науковий керівник:
д. філос. н., проф. Шевченко С. Л.,
професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ

Етика трансплантації – це філософія, яка передбачає систематизацію, захист і рекомендацію концепцій правильної та неправильної поведінки, пов'язаної з донорством органів [1]. Оскільки у всьому світі зростає попит на органи (у зв'язку з розвитком технологій у медицині, зокрема трансплантаційної хірургії), суспільству вкрай важливо переконатися, що нові інноваційні закони, політика та стратегії збільшення пропозиції органів є біоетичними.

Кожна повнолітня дієздатна особа може надати згоду на посмертне донорство своїх органів. І це питання врегульоване на державному рівні в Україні відповідними нормативно-правовими актами. Зокрема Закон України "Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині" від 17.05.2018 року в розділі IV "Надання згоди або незгоди на вилучення анатомічних матеріалів у померлих осіб. умови та порядок вилучення анатомічних матеріалів при посмертному донорстві" містить статтю 16 "Надання згоди або незгоди на вилучення анатомічних матеріалів у померлих осіб", в якій пункт 1 визначає наступне: "Кожна повнолітня дієздатна особа має право надати у письмовій (електронній) формі згоду або незгоду на вилучення анатомічних матеріалів з її тіла для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів після визначення її стану як незворотна смерть (смерть мозку або біологічна смерть) відповідно до закону (далі - згода або незгода на посмертне донорство)" [2], а в пункті 2 цієї ж статті йдеться про те, що "Кожна повнолітня дієздатна особа має право у будь-який час:

- подати письмову заяву про відкликання своєї письмової згоди або незгоди на посмертне донорство;
- надати нову письмову згоду або незгоду на посмертне донорство" [2].

Однією з актуальних проблем етики трансплантації органів, є продаж самих трансплантатів (вимагання матеріальних речей, за наданий орган, біологічну рідину тощо). Міжнародне товариство трансплантологів твердо стоїть проти оплати за донорські органи живої людини, або трупа. У більшості країн світу, за виключенням Ірану, на законодавчому рівні заборонено комерційну торгівлю людськими органами. Втім нестача органів для пересадки зумовлюють формування незаконної торгівлі органами й трансплантаційний туризм. За даними ВООЗ, з 1 мільйону необхідних, щорічно проводиться тільки 10% (120 000) пересадок. Тому незаконна торгівля органами триває в цілому світі, зокрема, в Азії, Мексиці та інших країнах Латинської Америки, Єгипті, Пакистані, Індії [3]. Хоча в Індії й діє заборона з 1994 року на торгівлю людськими органами [4, с. 10], проте саме в цій країні широко розповсюджена торгівля

людськими органами живих людей. Бідним людям платять мізерні кошти за орган, найчастіше нирки (замовниками є люди з заможних країн, які вдаються до таких методів, через нестачу донорських органів у своїй країні). В той час оплата хірургам може збільшуватись до 40 разів за такі незаконні операції.

Ще однією проблемою є діагностування смерті пацієнта, який виступає в ролі донора. Тому на міжнародному рівні затвердили такий термін, як “смерть мозку”. Згідно наказу МОЗ України “смерть головного мозку людини (далі – смерть мозку) – повна і незворотна втрата всіх функцій головного мозку (у тому числі стовбура головного мозку), що реєструється при працюючому серці та штучній вентиляції легень” [5].

Також в Україні не розроблений чіткий законодавчий процедурний механізм пересадки органів від військовослужбовців, які загинули в умовах бойових дій. На фоні цього у медіапросторі російських новин, починаючи з 2014 року, почали з'являтися заголовки “Україна – лідер “чорної” транспланології” та “Україна продає органи військових за кордон”, та розповсюджуватися відео, в яких, нібито, українські лікарі у польових умовах проводили забір органів. Зрозуміло, що це пропаганда й фейкова інформація. Втім, якщо глибше зануритись у це питання і розібратись, то військові, як і люди будь-якої іншої професії, можуть підписати згоду на посмертне донорство органів. Проте згідно Закону України “Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людини” в розділі IV “Забороняється вилучення анатомічних матеріалів для трансплантації ...у осіб, які загинули в результаті проведення антитерористичної операції та інших бойових дій під час безпосередньої участі у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, перебуваючи безпосередньо в районах та у період здійснення зазначених заходів, та інших бойових дій” [2]. Представники МОЗ України надали коментарі стосовано цього і зазначили, що в польових умовах виконання таких оперативних втручань неможливо і заборонено Законом України. Але дана позиція міністерства, на наш погляд, не є конструктивною, особливо в умовах гострої нестачі донорських органів в нашій країні.

Саме по собі донорство органів базується на засадах альтруїзму, тобто коли моральна цінність дій індивіда зосереджена головним чином на благодотворному впливі на інших індивідів, без урахування наслідків для самого індивіда, дії індивіда вважаються “альтруїстичними” [6]. Водночас в даному питанні індивідуальна ініціатива чи альтруїзм можуть нівелюватись відстороненістю й байдужістю держави й відповідних державних органів, покликаних, як ми переконані, проводити інформаційну політику й правове регулювання такої значущої й нагальної сфери охорони здоров'я. Наприклад, загибель і констатація смерті одного воїна, могли б стати порятунком для важкопораненого іншого воїна, який потребує негайної трансплантації того чи іншого органу. А банальна законодавча заборона такої процедури (або небажання її на законодавчому рівні змінити чи доповнити в умовах воєнного стану) прирікає на смерть й іншого воїна.

Другий аспект донації органів ґрунтується на принципі “по-перше, не нашкодь” (лат. *Primum non nocere*). Цей принцип закладений у загальновідомій

клятві Гіппократа "...відповідно до моїх знань і мого розуміння, утримуючись від завдання їм будь-якої шкоди..." [7]. Цей принцип "не нашкодь" породжує найсерйозніше етичне занепокоєння та стає проблемою під час трансплантації органів і тканин від живих донорів у зв'язку з можливістю заподіяння медичної шкоди донору. Налідком донорства органів буде тимчасова втрата працездатності і сильний больовий синдром, який буде зберігатись протягом певного часу. Ризик хірургічних ускладнень під час операції живих донорів становить від 5% до 10%, а ризик смерті становить від 0,5% до 1% [8].

Загалом трансплантація органів може бути єдиним способом для збереження життя важкохворих людей. Донація органів щорічно розвивається і зростає відсоток успішних оперативних втручань та зменшуються післяопераційні ускладнення. Водночас дані успіхи супроводжуються гострими біоетичними проблемами, які мають чітко регулюватися на рівні законодавства будь-якої країни. Зокрема у країнах з низьким рівнем життя закони в даній сфері часто порушують і вони фактично втрачають свою дієвість, що є абсолютним порушенням етики трансплантації і прав людини. На жаль, сьогодні і Україна потрапляє в таку "зону ризику" у зв'язку з воєнним станом та різким падінням рівня життя, що потребує нагального реагування з боку відповідних державних органів та інституцій.

Література:

1. Dalal, A. R. (2015), "Philosophy of organ donation: Review of ethical facets", *World J Transplant*, No. 5(2): 44-51. – URL: <https://www.wjgnet.com/2220-3230/full/v5/i2/44.htm>
2. Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині / Закон України від 17.05.2018 № 2427-VIII (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 28, ст.232) – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2427-19>
3. Ватикан: саміт з питань торгівлі людськими органами та трансплантаційного туризму. – URL: <http://radiomaria.org.ua/vatikan-samit-z-pitan-torgivli-lyudskimi-organami-ta-transplantaciniogoturizmu-4484>
4. Dunstan, G. R. (1997), "The ethics of organ donation", *British Medical Bulletin*, Volume 53, Issue 4, 1997, Pp. 921-939
5. Порядок констатації та діагностичні критерії смерті мозку людини / Наказ МОЗ України від 09.11.2020 р. № 2559. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1260-20#Text>
6. Auguste Comte (Stanford Encyclopedia of Philosophy/Spring 2014 Edition), *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. – URL: <https://plato.stanford.edu/archives/spr2014/entries/comte/>
7. Клятва Гіппократа, *Національний медичний університет імені О. О. Богомольця*. – URL: <https://nmuofficial.com/zagalni-vidomosti/klyatva-gippokrata/>
8. Eghtesad, B., Jain, A. B., Fung, J. J. (2003), "Living donor liver transplantation: ethics and safety", *Transplantation Proceedings*, Vol. 35, Issue 1, February, Pp. 51-52. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12591303/>

Шейн К. В.,
НМУ імені А. А. Богомольця,
kateshein2005@gmail.com

Науковий керівник:

Місержи С. Д.,
к. політ. н., доц., доцент кафедри філософії, біоетики
та історії медицини НМУ імені О. О. Богомольця

БІОЕТИЧНИТІЧНІ ПРОБЛЕМИ КСЕНОТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ

Ксенотрансплантація як міжвидове пересаджування органів, тканин та клітин від одного біологічного виду до іншого, тобто людини від тварини, є важливим напрямком трансплантології. Він зтикається з комплексом проблем морального змісту, притаманних як всій трансплантології, так і специфічних, пов'язаних із застосування органів та тканин тварин. Інтерес до ксенотрансплантації детермінується, з одного боку, нестачею ресурсів в самій системі охорони здоров'я та дефіцитом людського біологічного матеріалу для трансплантації, з іншого, зростанням кількості пацієнтів, потребуючих такої допомоги, особливо в часи повномасштабної війни, коли кількість поранених військових та цивільних зростає..

Ксенотрансплантація може допомогти вирішити проблему дефіциту органів, адже можливості отримання органів тваринного походження є більшою, ніж людських. До того ж, сучасні технології дозволяють їх модифікувати так, щоб вони були менш імуногенними для людини, що може зменшити ризик відторгнення трансплантату. Важливою біомедичною проблемою використання біологічного матеріалу тварин є зоонози, наслідки яких є непередбачуваними для пацієнта та для людської популяції в цілому, а також ризики відторгнення трансплантату та застосування імуносупресивної терапії. Одним з центральних біомедикоетичних питань є збереження цілісності людського тіла та тілесності. Ксенотрансплантація дає можливість, рятуючи життя людини, зберегти її цілісність, чи створити нову? За якою межею втручання в людську цілісність ми можемо говорити про нову людину, чи мова йтиме про химерізацію? Як медицині допомогти розв'язати соціально-психологічні проблеми з самоідентифікацією, якщо вони виникають в реабілітаційний період та захистити від можливої стигматизації в майбутньому. Безумовно, ксенотрансплантація передбачає добровільну інформовану згоду реципієнта. Про інформовану згоду донора, зрозуміло, що в даному випадку мова не йде.

Закон України "Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині", який набрав чинності 01.01.2019 року, статтю 18 "пересадка людині органів та інших анатомічних матеріалів тварини забороняється. Для імплантації людині можуть застосовуватися біоімпланти та ксеноімпланти" [1]. Тобто йдеться про допустимість застосування ксеноімплантатів – медичних виробів, що виготовлені з анатомічних матеріалів тварин та використовуються для імплантації. Порядок виготовлення, контролю якості та обігу ксеноімплантатів затверджений Кабінетом Міністрів України, який регламентує умови утримання тварин, медико-біологічні вимоги до них, порядок

вилучення анатомічних матеріалів для виготовлення ксеноімплантатів [2].

Відповідно до законодавства, ксенотрансплантація повинна проводитись тільки акредитованими групами лікарів у центрах, які мають спеціальний дозвіл. Щоб виявити та впоратися з усіма можливими шкідливими наслідками ксенотрансплантації, зокрема, з появою інфекції. Разом з протоколом клінічних досліджень повинен бути план, що забезпечує простежуваність та контроль реципієнтів, їх близьких та персоналу, який брав участь у проведенні ксенотрансплантації. Необхідно використовувати матеріал лише тварин, спеціально виведених для ксенотрансплантації, забезпечувати відповідну систему гарантії якості, що охоплює всі стадії від народження тварин-донорів до заключного збору ксенотрансплантантів. При проведенні ксенотрансплантації не можна використовувати в якості тварин-донорів нижчих приматів. У виняткових випадках може бути виданий дозвіл на ксенотрансплантацію колонії клітин, отриманої від нижчих приматів. В Україні законодавство, що регулює ксенотрансплантацію представлено також Законом України “Про захист тварин від жорстокого поводження” [3] та Порядком проведення науковими установами дослідів, експериментів на тваринах, затвердженим Наказом Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України [4].

Правове регулювання ксенотрансплантації виходить з того, що людиноподібні мавпи не повинні використовуватися як тварини-донори при ксенотрансплантації. Пошуки в цьому напрямку призвели до дивовижних знахідок - виявилось, що за багатьма параметрами для пересадки людині придатні органи свині. Їхні органи по своїх фізичних параметрах близькі до людських, запас органів може абсолютно задовольнити всі потреби, моральні проблеми практично не мають місця, оскільки більшість людей і так займаються свинобалізмом (поїданням свиней). Але, має місце так зване “олюднення” свині. У генетичний апарат зародка свині вводиться низку людських генів і в результаті народжується свиня з тканинами, подібними до людських, які сумісні з організмом людини. Зрозуміло, що такі свині проблему повністю не вирішують, але вони можуть вирішити проблему припинення гострого відторгнення органу. Вже на сьогодні у багатьох країнах застосовується спосіб введення ксеногенних клітин у кров людини для замісних та лікувальних цілей (при захворюваннях печінки, цукровому діабеті тощо).

Безумовно, дослідження в галузі ксенотрансплантології є перспективними. Треба визнати, що попри різні етичні підходи зупинити ці дослідження та медичні практики неможливо. Не викликає сумніву, що проблема ксенотрансплантації потребує глибокої соціогумантарної та біоетичної експертизи.

Література:

1. Закон України “Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині” (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 28, ст.232). – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2427-19#Text>
2. Постанова Кабінет міністрів України від 24 лютого 2021 р. № 158 “Деякі питання реалізації Закону України “Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині” щодо біоімплантатів,

ксеноімплантатів, медико-біологічних вимог до тварин, умов їх утримання, порядку вилучення у тварин анатомічних матеріалів для виготовлення ксеноімплантатів. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/158-2021-%D0%BF#Text>

3. Закон України “Про захист тварин від жорстокого поводження”, (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2006, № 27, ст.230). – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3447-15#Text>
4. Наказ Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України “Про затвердження Порядку проведення науковими установами дослідів, експериментів на тваринах” від 01.03.2012 № 249. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0416-12#Text>

Коршунова М. І.,

НМУ імені О. О. Богомольця,
korshunovamilenaa@gmail.com

Науковий керівник:

д. філос. н., проф. Шевченко С. Л.,
професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини
НМУ імені О. О. Богомольця

НЕДОКАЗОВІСТЬ ТА РАДЯНЩИНА В НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ОЧИМА СТУДЕНТІВ

Сьогодні в Україні, незважаючи на воєнний стан і боротьбу українців за власну ідентичність, студенти й надалі зіштовхуються з проблемою навіязування радянських наративів у процесі навчання. Вплив історії, культури та політики радянського союзу все ще проявляється в сучасному українському суспільстві, зокрема і їх однобічне й тенденційне тлумачення в освітньому процесі викладачами, що є обтяжливим для тих студентів, які вбачають у цьому періоді репресивний режим та порушення прав людини. І це є доволі актуальною проблемою, яка потребує і соціологічного зрізу думки учасників освітнього процесу в закладах вищої освіти, зокрема і медичних, адже мотивацію та патріотичність майбутніх лікарів формує і гуманітарна складова вищої освіти. А вона має бути позбавлена радянських стереотипів та ідеологічних кліше.

На жаль, у сучасних українських закладах вищої освіти залишаються прояви підтримки та навіязування радянських наративів у навчальних програмах, що створює конфлікт між офіційною лінією уряду та іншими підходами до інтерпретації історії. Ця проблем вимагає уваги та дослідження, оскільки має вплив на формування свідомості майбутніх поколінь та на розвиток сучасного суспільства. Власне у контексті навчання студентів-медиків стає особливо актуальною дана проблема, оскільки медична освіта потребує глибокого розуміння історичних та етичних аспектів, які впливали на розвиток медичної науки та практики. Проте, в контексті сучасної України, де навчання виходить за межі минулих стандартів та парадигм, навіязування радянських наративів стає вагомою перешкодою у формуванні професійної та етичної компетентності майбутніх лікарів.

Відповідно до цього, дослідження проблеми нав'язування радянщини у навчальному процесі медичних університетів має велике значення. Розуміння цієї проблеми дозволить розробити ефективніші стратегії відтворення медичної освіти, що відповідає сучасним вимогам і цінностям суспільства.

Дане дослідження спиратиметься на проведене опитування серед студентів медичних закладів вищої освіти. Респондентами опитування стали студенти Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, Харківського національного медичного університету, Донецького державного медичного університету.

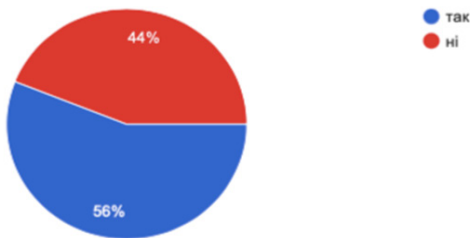
Серед основних проблем, з якими стикаються студенти під час навчання в університеті виділено наступні – з боку навчального закладу:

1. несправедливість оцінювання;
2. недбале ставлення зі сторони викладачів та відсутність мотивації викладати, повсемісне згадування радянського союзу;
3. неякісне навчання: примусові конспекти, відсутність практики, відсутність сучасної літератури для навчання, "совковий підхід до викладання", гомеопатія та інші недоказові методи лікування;
4. корупція та неповага, старі канони викладання неприйняття західної літератури, суб'єктивність викладача;
5. застаріла система з невмотивованими викладачами;
6. самоосвіта, проблема розподілу;
7. дискримінація, сексизм;
8. російська мова.

З боку студента:

1. стрес;
2. невміння організувати власний час;
3. проблеми з пошуком додаткової інформації.

Чи стикались студенти з "радянщиною" під час навчання? ("Радянщина" – те, на нашу думку, що характеризувало радянський період історії, було властивим йому; нав'язування наративів радянського союзу, прийнятних на той момент "ідеалів") (Див.діаграму 1.)



Діаграма 1. Чи стикались студенти з "радянщиною" під час навчання?

(кількість опитаних респондентів 141, серед яких 79 стикались з "радянщиною", що становить 56% від загальної кількості, та 62 - ні, що становить 44% від загальної кількості)

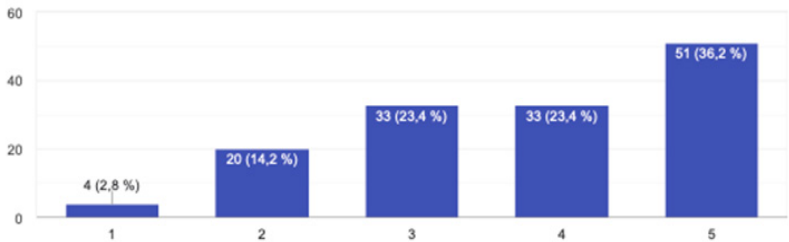
На думку опитуваних респондентів, “радянщина” в навчальному процесі безпосередньо проявлялась в наступному:

1. Нав’язування якості вищої освіти СРСР, несучасні підходи до методів викладання, “вимірювання АТ по ртутному стовпчику за книгою 74 р.”, писати все від руки, а не в електронному форматі, російська мова, радянські переконання та методи лікування, ідеалізація радянської армії та відвертне зневажання нинішньої, нав’язування радянської системи освіти, світогляду та підходу до пацієнтів, несприйняття новітніх технологій та розвитку в певних галузях.

2. Нав’язування своєї ідеології студентам від старших викладачів, “чоловік це все”, сексизм, вказування дівчатам, що їм не місце в хірургії, головне знайти чоловіка. “Я життя прожив, а ви хто взагалі”.

3. “Раніше було краще”, Лікування було безкоштовним і кращим, ліки працювали по справжньому, а зараз не таке”, “Мене, коли я був студентом 3 курсу, відправляли за урал, і я там був один як лікар, не те що ви зараз, але тоді країна яка була”, “От раніше студенти вчилися набагато краще, а ви всі ліниві і дурні”, “Хто ти така, щоб я тобі щось пояснювала, відкрила книжку і прочитала”, “Ви ніколи лікарем не станете”.

Чи вважають студенти, що радянщина є проблемою в освітньому процесі (Див. діаграму 2.)



Діаграма 2. Чи вважають студенти, що “радянщина” є проблемою в освітньому процесі (кількість опитаних респондентів 141, було запропоновано 5-ти бальну шкалу, де 51 з опитуваних вважають це значною проблемою (оцінка “5”), 33 опитуваних вважають, що це радше за все, є проблемою (оцінка “4”), 33 - радше за все так, ніж ні (оцінка “3”), 20 – радше за все це не є проблемою (оцінка “2”), 4 респондента вважають, що це не є проблемою (оцінка “1”).

На думку опитаних студентів, цю проблему можна вирішити наступними шляхами:

1. Дати більше можливостям молодим спеціалістам.
2. Змінити викладацький склад, “підвищення кваліфікації не для галочки раз на рік”, пошук зацікавлених і перспективних фахівців, “давати молоді навчати”, іспити для викладачів.
3. Оновити навчальні джерела, запозичити/перекласти зарубіжні джерела, використовувати навчальні джерела не старіші за 5 років від сьогоднішнього.
4. “Більше вкладати коштів у модернізацію університетів і навчального процесу з вектором на захід, запровадження більшої кількості практики,

приділяти більше уваги формуванню професійних комунікативних навичок”.

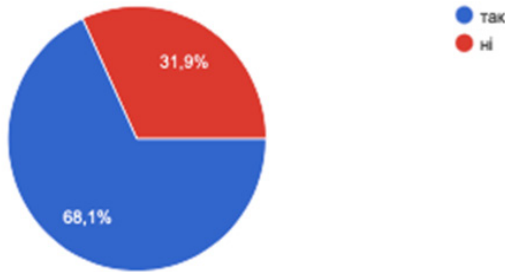
5. “Взаємоповага викладачів і студентів, щоб усе відповідало інтересам обох сторін. Не ставитись до медиків як до безправних рабів”, “здійснити засідання педагогів і провести з ними обговорення цієї проблеми”.

6. “Запровадити покарання для викладачів за неналежне ставлення до студентів, провести їм багаторазові лекції з питань сексизму та боротьби з ним, розробити адекватну систему оцінювання, надати студентам право анонімної скарги на викладача, щоб унеможливити потім необ’єктивне ставлення до студента, який написав скарги і з міркувань безпеки”.

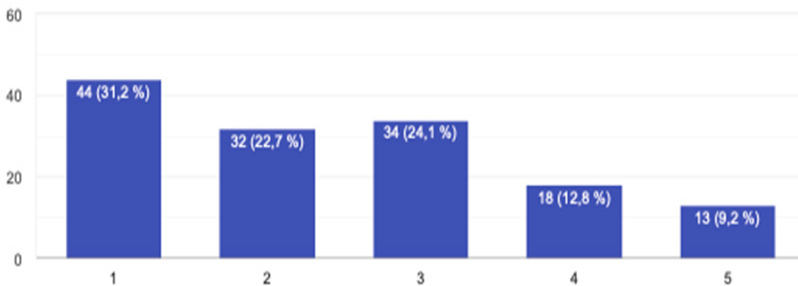
7. “Не піднімати цю тему, і взагалі забути за її існування”.

8. “Радянщина – це ракова пухлина України, досить примушувати молодих людей страждати, бо як говорять лікарі 40+: “ініціатива наказуєма””.

Серед опитуваних здобувачів медичних закладів вищої освіти 96 стикались з питанням недоказовості та 45 – не стикались (Див. діаграми 3, 4).



Діаграма 3. Чи стикались студенти з питанням недоказовості під час навчання?
(кількість опитаних респондентів 141, серед яких 96 стикались, 45 – ні)



Діаграма 4. Частота, з якою зустрічаються студенти з проблемою недоказовості під час освітнього процесу (кількість опитаних респондентів 141, серед яких 44 стикались дуже рідко (оцінка “1”), що становить 31,2% від загальної кількості опитаних, 32 – рідко (оцінка “2”), що становить 22,7% від загальної кількості, 34 – декілька разів (оцінка “3”), що становить 24,1% від загальної кількості, 18 – часто (оцінка “4”), що становить 12,8%, 13 – майже щодня (оцінка “5”), що становить 9,2% від загальної кількості).

На думку студентів-медиків, це питання можна вирішити такими способами:

1. Регулярні тестування викладачів та їх екзаменування.
2. Можливості для викладачів, профінансовані з боку університету, доєднатися до міжнародних конференцій, програм обміну та стажування, аби викладачі переймали міжнародний досвід викладання.
3. Матеріальні та нематеріальні винагороди для викладачів, які ефективно провадять навчальний процес.
4. Університет має надавати для своїх студентів вільний доступ до користування різними навчальними платформами.
5. “Розглянути ймовірні ідеї, за яких викладачі б відпочивали дещо більше. Всі негативні фактори в сфері освіти існують тільки через переважно як студентів, так і викладачів. Залучати психологів до навчальних закладів, задля роботи з двома сторонами і знаходження компромісу. У випадку більш серйозних недоказових ситуацій – залучати правоохоронні органи”.
6. Кращий відбір викладацького складу по компетентності, некуплені бали та підтвердження кваліфікації.

Отже, як засвідчує здійснене соціологічне опитування та його аналіз, питома вага проявів недоказовості не є критичною (22% респондентів її оцінюють як “часту” чи “щоденну” в навчальному процесі), натомість прояви радянщини в освітньому та навчальному процесах, зокрема при підготовці майбутніх лікарів, залишаються доволі значними (56% респондентів стикались з радянщиною, а 59,6% вважають, що “радянщина” є значною проблемою або, радше, проблемою), що спонукає порушувати ці питання перед адміністрацією медичних закладів вищої освіти задля усунення таких негативних явищ в навчальному процесі. Оскільки в державі існує нагальна потреба в підготовці якісних й професійних спеціалістів сфери охорони здоров'я, тому вже зараз – під час навчання – студенти мають, насамперед, бути забезпеченими якісними умовами здобуття освіти (новітніми та доказовими матеріалами, викладачами, які зацікавлені в передачі своїх практичних знань та практичних навичок підростаючому поколінню без ідеологічної заангажованості та стереотипів радянської доби). Додатково з огляду на опитування, ефективним методом подолання проявів недоказовості та радянщини вбачається активніше залучення студентських органів самоврядування та профспілок, оскільки вони виконують роль безпосереднього модератора у співпраці зі студентами та покращенні якості навчального процесу й освітніх послуг загалом.

Автори матеріалів:

1. **Базик Дмитро Васильович**, кандидат філософських наук, старший науковий співробітник Відділення релігієзнавства Інституту філософії імені Г. С. Сковороди НАН України, м. Київ.
2. **Білозор Дмитро Володимирович**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
3. **Бучма Олег Васильович**, кандидат філософських наук, доцент, старший науковий співробітник Відділення релігієзнавства Інституту філософії імені Г. С. Сковороди НАН України, м. Київ.
4. **Васильєва Ірина Василівна**, доктор філософських наук, професор, завідувач кафедри філософії, біоетики та історії медицини, **Кучеренко Інна Іванівна**, доктор філософії, доцент, начальник відділу навчально-методичної роботи, ліцензування та акредитації; НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
5. **Васюк Ірина Василівна**, кандидат філософських наук, викладач кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
6. **Величко Олена Борисівна**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії, біоетики та історії медицини, м. Київ.
7. **Anatoliy Y. Vermenko**, PhD., associated professor of Department of Philosophy, Bioethics and History of Medicine of Bogomolets National Medical University; **Osunkoya Ifeoluwa Korede Emmanuella**, student of faculty for foreign citizens training, group 11601ma, Bogomolets National Medical University, Kyiv.
8. **Вячеславова Олена Анатоліївна**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії, біоетики та історії медицини; **Пошкурлат Андрій Володимирович**, викладач кафедри філософії, біоетики та історії медицини, НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
9. **Гололобова Катерина Олександрівна**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії, біоетики та історії медицини, завідувач відділу аспірантури та докторантури, **Земсков Сергій Володимирович**, доктор медичних наук, професор, проректор з наукової роботи та інновацій, професор кафедри загальної хірургії №1; НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
10. **Голотін Сергій Іванович**, кандидат філософських наук, доцент, Університет сучасних знань, м. Київ.
11. **Гончаренко Катерина Сергіївна**, кандидат філософських наук, доцент, в. о. завідувача кафедри філософії Навчально-наукового інституту філософії та освітньої політики Українського державного університету імені Михайла Драгоманова, м. Київ.
12. **Гоцалюк Алла Анатоліївна**, доктор філософських наук, професор, професор кафедри філософії, **Чорноморденко Іван Васильович**, доктор філософських наук, професор, завідувач кафедри філософії; Київський національний університет будівництва і архітектури, м. Київ.

13. **Данилова Тетяна Вікторівна**, кандидат філософських наук, доцент; старший науковий співробітник лабораторії методології психосоціальних і політико-психологічних досліджень Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, м. Київ; запрошений дослідник, Інститут філософії та соціології Польської академії наук, м. Варшава.
14. **Дзевульська Ірина Вікторівна**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри описової та клінічної анатомії; **Маліков Олександр Вячеславович**, кандидат медичних наук, доцент кафедри описової та клінічної анатомії; НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
15. **Іщук Наталія Василівна**, доктор філософських наук, професор, професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
16. **Калач Дмитро Михайлович**, кандидат філософських наук, доцент, кафедра філософії та суспільних наук Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, м. Вінниця.
17. **Silvia Sapíková**, MA, LL.M, PhD, Assistant professor at Faculty of Medicine, **Maria Nováková**, LL.M, PhD, Assistant professor at Faculty of Law; Comenius University in Bratislava, Bratislava, Slovak Republic.
18. **Карівець Ігор Володимирович**, доктор філософських наук, доцент, завідувач кафедри філософії філософії Національного університету "Львівська політехніка", м. Львів.
19. **Кірієнко Сергій Володимирович**, викладач кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
20. **Margita Kollarova**, Ph.D., PhD, Assistant professor at Faculty of Medicine, Institute of Social Medicine and Medical Ethics, Comenius University, Bratislava, Slovak Republic.
21. **Mária Kolesárová**, PhD, Assistant professor, Institute of Social Medicine and Medical Ethics, Faculty of Medicine, Comenius University in Bratislava, Bratislava, Slovak Republic.
22. **Корсак Костянтин Віталійович**, доктор філософських наук, професор, **Кірик Тамара Вікторівна**, кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач, **Ляліна Ольга Олександрівна**, старший викладач, кафедра української та латинської мов, ПВНЗ "Київський медичний університет", **Корсак Юрій Костянтинович**, кандидат філософських наук, старший науковий співробітник Інституту вищої освіти НАПН України; **Бойчук Олена Сергіївна**, старший викладач кафедри педагогіки та психології Національного економічного університету імені Вадима Гетьмана, **Похресник Анатолій Костянтинович**, кандидат філософських наук, директор Київського фахового коледжу електронних приладів, м. Київ.
23. **Костюк Олександр Васильович**, кандидат філософських наук, доцент, докторант кафедри релігієзнавства КНУ імені Тараса Шевченка, м. Київ.
24. **Коцюба Максим Петрович**, кандидат філософських наук, викладач кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
25. **Кудин Олександр Олександрович**, кандидат філософських наук, старший викладач кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.

26. **Лавринович Олена Анатоліївна**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії та педагогіки Національного транспортного університету м. Київ.
27. **Лакуша Наталія Михайлівна**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії Київського національного університету будівництва і архітектури, м. Київ.
28. **Лапутько Анна Валеріївна**, кандидат філософських наук, викладач кафедри філософії, біоетики та історії медицини, **Парфьонова Оксана Ігорівна**, кандидат історичних наук, доцент, декан факультету підготовки іноземних громадян; НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
29. **Milan Lupták**, PhDr., CSc, výzkumne centrum Geomigrace, Přírodovědecká fakulta Univerzita Karlova, **Marína Luptáková**, PhDr., ThD, Ústav východního křesťanství, Husitská teologická fakulta Univerzita Karlova, Praha, Česká republika.
30. **Максименко Ігор Геннадійович**, аспірант кафедри релігієзнавства КНУ імені Тараса Шевченка, м. Київ.
31. **Мартиненко Олександр Петрович**, кандидат філософських наук, асистент кафедри філософії та культурології Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича, м. Чернівці.
32. **Матюшко Богдан Костянтинович**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії Українського державного університету імені Михайла Драгоманова, м. Київ.
33. **Місержи Світлана Дмитрівна**, кандидат політичних наук, доцент, доцент кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
34. **Eva Morovicsová**, Doc., PhDr., PhD., MPH, Associated professor (docent), Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Comenius University, PhDr. **Anna Falisová**, PhD., senior researcher, Institute of History, Slovak Academy of Sciences, **Silvia Capikova**, MA, LL.M., PhD., Assistant professor at Faculty of Medicine, Institute of Social Medicine and Medical Ethics, Comenius University, Bratislava, Slovak Republic.
35. **Науменко Олександр Миколайович**, доктор медичних наук, професор, член-кореспондент НАМН України, перший проректор з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти, **Мойсесенко Валентина Олексіївна**, доктор медичних наук, професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини № 2, **Тарченко Інна Петрівна**, кандидат медичних наук, асистент кафедри внутрішньої медицини № 3; НМУ імені О. О. Богомольця, **Тарченко Наталія Володимирівна**, письменник, журналіст, м. Київ.
36. **Нечушкіна Ольга Валеріївна**, старший викладач кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
37. **Ончуленко Михайло Іванович**, аспірант кафедри філософії та культурології Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича, м. Чернівці.
38. **Павленко Павло Юрійович**, доктор філософських наук, доцент, провідний науковий співробітник Відділення релігієзнавства Інституту філософії імені Г. С. Сковороди НАН України, м. Київ.

39. **Nady Meri Pina**, Dr., Ordinator, Clinical Residency, DDs, Advanced specialization training in prosthodontics, Bogomolets National Medical University, Kyiv.
40. **Предко Олена Іллівна**, доктор філософських наук, професор, професор кафедри релігієзнавства; **Предко Денис Єрофейович**, кандидат філософських наук, асистент кафедри загальної психології, КНУ імені Тараса Шевченка, м. Київ.
41. **Пустовіт Світлана Віталіївна**, доктор філософських наук, професор, професор кафедри фундаментальних дисциплін та інформатики Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ.
42. **Редькіна Ольга Анатоліївна**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
43. **Роде Сергій Геральдович**, аспірант кафедри філософії Київського національного університету будівництва і архітектури, м. Київ.
44. **Ставроянні Сергій Сергійович**, кандидат філософських наук, доцент кафедри філософії Київського національного університету будівництва і архітектури, м. Київ.
45. **Ступак Федір Якович**, доктор історичних наук, професор, професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини, **Власенко Олег Миколайович**, доктор медичних наук, професор, проректор з науково-педагогічної та навчальної роботи; НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
46. **Hedviga Tkáčová**, PhDr., ThDr., PhD., Assistant professor, Department of Journalism, Faculty of Arts and Letters, Catholic University in Ružomberok, Ružomberok, Slovak Republic.
47. **Турчин Марина Яремівна**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії Київського національного університету будівництва і архітектури; **Павлов Юрій Валерійович**, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії та методології науки КНУ імені Тараса Шевченка, м. Київ.
48. **Anna Falisová**, PhDr., PhD., senior researcher, Institute of History, Slovak Academy of Sciences, Silvia Capikova, MA, LL.M., PhD., Assistant professor at Faculty of Medicine, Comenius University, Bratislava, Slovak Republic.
49. **Ханжи Володимир Борисович**, доктор філософських наук, професор, завідувач кафедри філософії, біоетики та іноземних мов Одеського національного медичного університету, м. Одеса.
50. **Храпач Василь Васильович**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри пластичної та реконструктивної хірургії, **Якобчук Андрій Анатолійович**, аспірант кафедри пластичної та реконструктивної хірургії; ІПО НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
51. **Шевченко Сергій Леонідович**, доктор філософських наук, професор, професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.

Автори студентських матеріалів:

1. **Батюк Лідія Вадимівна**, студентка третього медичного факультету; **Москвін Ярослав Вікторович**, старший викладач кафедри філософії та суспільних наук; **Чуприна Марія Валеріївна**, студентка третього медичного факультету; Харківський національний медичний університет, м. Харків.
2. **Дніпровський Андрій Сергійович**, студент медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
3. **Каменська Юлія Анатоліївна**, студентка медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
4. **Коршунова Мілена Ігорівна**, студентка медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
5. **Кузнецов Олексій Олександрович**, студент медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
6. **Латишева Валерія Ігорівна**, студентка медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
7. **Острожинська Наталя Валеріївна**, студентка медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
8. **Походенко Анна Олександрівна**, студентка медичного факультету №1 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
9. **Студенецький Євгеній Олександрович**, студент медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
10. **Труш Софія Андріївна**, студентка медичного факультету №1 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.
11. **Шейн Катерина Василівна**, студентка медичного факультету №2 НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ.

ДЛЯ НОТАТОК / FOR NOTES

ДЛЯ НОТАТОК / FOR NOTES

Наукове видання

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О. О. БОГОМОЛЬЦЯ
Кафедра філософії, біоетики та історії медицини

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ НАУК УКРАЇНИ
Відділення релігієзнавства Інституту філософії імені Г. С. Сковороди

ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ
МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ КОМЕНСЬКОГО
В БРАТИСЛАВІ (Словаччина)

ЦЕНТР РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ "HUMANUS" (Болгарія)
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА
Кафедра релігієзнавства

ФІЛОСОФІЯ РЕЛІГІЇ ТА МЕДИЦИНИ В ПОСТСЕКУЛЯРНУ ДОБУ

Збірник матеріалів VI Міжнародної науково-практичної конференції,
присвяченої пам'яті свт. Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького)

Літературні редактори:

І. В. Васильєва, С. Л. Шевченко

Комп'ютерний набір: О. М. Бондар

Комп'ютерна верстка: С. Л. Шевченко

Підп. до друку 06.06.2024. Формат 60×84/16.
Папір офсетний. Друк офсет. Гарнітура Arial.
Ум. друк. арк. 12,31. Тираж 100 примірників.

Друк: друкарня НМУ імені О. О. Богомольця
03057, Україна, Київ, Проспект Перемоги, 34
Тел.: +38 (044) 454-49-84

ПП "Видавництво "Фенікс"
Св-во суб'єкта видавничої справи ДК № 271 від 07.12.2000 р.
03067, м. Київ, вул. Грушецька, 136