УДК 01;171; 316.4; 342.7; 614.2
DOI https://doi.org/10.32782/2519-4151-2025-2-9

С. В. Пустовіт, д-р філос. наук, проф.
ORCID ID: 0000-0001-5104-8491

БІОЕТИЧНИЙ КОНЦЕПТ ІНФОРМОВАНОЇ ЗГОДИ В КОНТЕКСТІ ТОТАЛОГІЧНОЇ МЕТОДОЛОГІЇ

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

УДК 01;171; 316.4; 342.7; 614.2
С. В. Пустовіт
БІОЕТИЧНИЙ КОНЦЕПТ ІНФОРМОВАНОЇ ЗГОДИ В КОНТЕКСТІ ТОТАЛОГІЧНОЇ МЕТОДОЛОГІЇ
Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Київ, Україна

Актуальність дослідження зумовлена тим, що біоетичний концепт інформованої згоди стає одним із ключових наукових та етико-правових понять у прикладних етиках у другій половині XX століття. Відносини лікаря та пацієнта мають фундаментальне значення, бо саме вони визначають успіх лікування та задоволення споживача медичних послуг. **Мета** статті – розкрити сутність концепту інформованої згоди в медицині та показати, що він є інструментом розмивання та подальшої трансформації жорсткої диспозиції «лікар-пацієнт», притаманної модерному етапу розвитку науки та патерналістському типу взаємин між лікарем та хворим. **Теоретико-методологічними підставами** роботи є загальнонаукові та філософські методи дослідження, зокрема тоталогічна методологія. **Результати дослідження.** Показано, що з точки зору тоталогічної методології інформована згода визначає стан дискрету «лікар-пацієнт» як внутрішньо і зовнішньо нестійкий, парсичний процес, спрямований на подолання консервативної патерналістичної установки та одночасно на розширення меж автономної моделі та гуманізації медицини. Для пацієнта стає головним не підпорядкування лікареві або конфронтація з ним, а прагнення до поєднання, узгодження (сізігії) всіх сторін свого життя (в тому числі пов'язаних зі здоров'ям) у загальну картину буття, як умова самовизначення, формування власної ідентичності та безпечного повсякденного життя.
Ключові слова: інформована згода, автономія, права пацієнта, сізігія, тоталогія.

UDC 01;171; 316.4; 342.7; 614.2
S. V. Pustovit
BIOETHICAL CONCEPT OF INFORMED CONSENT IN THE CONTEXT OF TOTALOLOGICAL METHODOLOGY
Shupyk National University of Health Care of Ukraine, Kyiv, Ukraine

The relevance of the study is due to the fact that the bioethical concept of informed consent is becoming one of the key scientific, ethical and legal concepts in applied ethics in the second half of the 20th century. The relationship between a doctor and a patient is of fundamental importance, because it determines the success of treatment and the satisfaction of the consumer of medical services. **The purpose of the article** is to reveal the essence of the concept of informed consent in medicine and to show that it is a tool for the erosion and further transformation of the rigid disposition of "doctor-patient", inherent in the modern stage of development of science and the paternalistic type of relationship between a doctor and a patient. **The theoretical and methodological foundations** of the work are general scientific and philosophical research methods, in particular the totalological methodology. **Results of the study.** It is shown that from the point of view of totalological methodology, informed consent defines the state of the "doctor-patient" discret as an internally and externally unstable, parsian process aimed at overcoming the conservative paternalistic attitude and, at the same time, at expanding the boundaries of the autonomous model and humanization of medicine. For the patient, the main thing is not submission to the doctor or confrontation with him, but the desire to combine, harmonize (syzygy) all aspects of his life (including those related to health) into a general picture of being, as a condition for self-determination, the formation of one's own identity and safe everyday life.
Key words: informed consent, autonomy, patient rights, syzygy, totalology.

© С. В. Пустовіт, 2025

Вступ

Концепт інформованої згоди (ІЗ) стає одним із ключових наукових та етико-правових понять у прикладних етиках у другій половині XX століття: в медичній етиці, етиці науки, етиці біомедичних досліджень, етиці соціального працівника, бізнес-етиці, журналістській етиці тощо. Інформована згода стає чимось більшим, ніж просто згодою на медичне втручання, вона перетворюється на процес комунікації та взаєморозуміння між лікарем та пацієнтом, зустріч яких трактується як унікальна екзистенційна подія, доленосна для життя та здоров'я останнього. Медична допомога та медичні дослідження стають дедалі складнішими, тому з появою нових медичних викликів концепція ІЗ також розвивається та набуває нових акцентів [13]. Технологічний прогрес, громадські рухи за права пацієнтів та зростаюча увага соціуму та науковців до пошуку альтернатив медичному патерналізму зробили тему інформованої згоди більш відкритою та актуальною для обговорення. Діджиталізація інформованої згоди збільшує обсяг медичної інформації, необхідної пацієнту для прийняття рішень, але одночасно породжує нові ризики, пов'язані з можливими похибками та відсутністю відповідальності за повноту та релевантність інформування [10].

Традиційно ІЗ розглядають як найважливіший механізм втілення в життя біоетичних принципів: «не нашкодь», «роби благо», поваги до автономії та гідності особистості та ін. У змістовому плані цей термін передбачає, що суб'єкт (пацієнт чи клієнт) добровільно і свідомо надає дозвіл на медичне (чи інше) втручання у своє життя, у свою психофізичну цілісність, і цей дозвіл ґрунтується на усвідомленні та розумінні відповідної інформації, наданої професіоналом. Сучасний стан розвитку біоетичного знання можна представити у вигляді мозаїчної, «клаптикової» моделі зростання, множини різноманітних теоретико-методологічних підходів до її обґрунтування як науки та практики, до переліку та змісту її принципів, правил, концептів. З іншого боку, теоретичні підходи до обґрунтування біоетики слабко інтегровані, саме тому припускається співіснування декількох можливих пояснень її принципів, методів, теоретичних засад, навіть цінностей (*bioethics* – у перекладі з англійської, не «одна», а багато «біоетик»). Крім того, наявні незаперечні факти того, що процес інформованої згоди є недосконалим і недостатнім у багатьох медичних секторах, а пацієнти часто не можуть продемонструвати достатнє розуміння сутності плацебо, потенційних ризиків, питань безпеки, побічних ефектів тощо [12].

Виклад основного матеріалу

Мета статті – розкрити зміст концепту ІЗ у медицині та показати, що він є інструментом розмивання та подальшої трансформації жорсткої диспозиції «лікар-пацієнт», притаманної модерному етапу розвитку науки та патерналістському типу взаємин між лікарем та хворим. Для досягнення поставленої мети використовувалися загальнонаукові та філософські методи дослідження, зокрема тоталогічна методологія [1; 2; 3].

Згідно з метафізикою тоталогії – вченням про тотальність буття, останньому притаманна сізігійна організація (самогармонізація буття) [1; 2]. Сізігія (від др.-грецьк. Σύ-ζῦγος, сполучення, з'єднання) є сутністю буття, оскільки завдяки їй воно не розпадається, зберігається в єдності, незважаючи на різноманіття, зміни та метаморфози його форм [2, с. 10]. Сізігія передбачає, крім зовнішніх структурних та системних зв'язків компонентів, також безперервне взаємне узгодження їхніх відносин, навіть якщо йдеться про процес постійної трансформації, подібно до природних явищ, життя окремого живого організму або про більш складне мінливе життя суспільства, науки, культури. Будь-яка життєва форма «проживає» індивідуальне життя, має власну й обмежену в часі історію, прямує до свого вичерпання і щезає. Але паралельно, одночасно з цим, на основі різних онтологій життя народжуються і розвиваються різноманітні нові онтичні, сутнісні форми, з якими рано чи пізно відбувається теж саме. З одного боку, різні самодостатні форми буття пов'язані одна з одною через очевидні причинні, актуальні, завершені відносини, тобто *генерологічно*. З іншого – вони пов'язані *парсично* через різнорівневі приховані потенційні впливи.

Основні методологічні принципи тоталогії – *дискретності, диверсизації, самодетермінації* та *сізігійності* були свого часу розроблені та запропоновані українським ученим В. Кізімою [2; 3]. За допомогою метафізики тотальності В. Кізіма намагається подолати взаємну несумісність класичної, некласичної та постнекласичної методології, зняти протистояння між суб'єктом і об'єктом пізнання: суб'єкт впливає на об'єкт пізнання, суб'єкт і об'єкт пізнання знаходяться у спільному для них просторі синергійних взаємодій, упорядкування та гармонізації буття. Методологічний принцип диверсизації означає: будь-яка частина тотальності може, за певних умов, розгортатися в якісно іншу субтотальність, що виступає не як антипод початкового цілого, а як момент його власного розвитку, в якому зацікавлені всі причетні до цього «сторони». Принцип дискретності розглядається як можливість існування феномену, явища у вигляді певних меж, норм, окремих значень. Цей принцип протиставляється безперервності, де величина може приймати будь-яке значення в межах певного діапазону. Принцип самодетермінації означає взаємодію окремих елементів системи та виникнення нових станів системи або явища на основі їхньої здатності до самоврегулювання.

Перші соціальні контакти між хворими та знахарями почали формуватися ще у стародавньому світі. Вони були обмежені не тільки соціальним

статусом та фінансовими можливостями хворих, але і незначною кількістю тих, хто володів мистецтвом лікування (священники, знахарі). Отже, соціальні стосунки з тими, хто міг лікувати, мали нерегулярний, епізодичний характер, а уявлення хворого про свій недуг переважно зводилося до релігійних забобонів та міфів.

У XVII столітті, коли європейська наука тільки почала народжуватися, для визначення характеру хвороби лікар використовував три методи: вислуховування усних скарг пацієнта, спостереження за незвичайними ознаками його зовнішнього вигляду та поведінки, зовнішнє обстеження тіла хворого. На той момент розповідь пацієнта про свою хворобу була надзвичайно важливою для лікаря, а його почуття та думки посідали центральне місце у справі встановлення діагнозу та лікування. Якщо лікар відмовлявся підтвердити версію хвороби пацієнта, останній міг звернутися по допомогу до іншого лікаря. До XIX століття практично всі зустрічі лікаря та пацієнта відбувалися в колі сім'ї та друзів (і часто додатково запрошених лікарів), які могли слухати та коментувати діагноз. Іноді лікар міг призначити ліки на основі письмового звіту, не зустрічаючись з пацієнтом. Але це було, скоріше, виключенням, ніж правилом. На думку відомого біоетика Ф. Свенеуса, це були симетричні відносини лікаря та пацієнта як рівноцінних соціальних суб'єктів [14].

Вже у XVIII столітті формуються наукові погляди на феномен здоров'я, підпорядковані принципам раціоналізму: якщо лікар хоче «знати» хворобу, він має слідувати принципу «норми», отже, позбавитися індивідуальності та унікальності окремих пацієнтів і підпорядкувати їхні хворобливі стани загальній таксономії хвороб. Значний вплив на відносини «лікар-пацієнт» мали традиційні етичні настанови давньогрецького лікаря-філософа Гіппократа, вчення Т. Персіваля, Г. Сіджвіка та ін., які передбачали наявність особливих переваг – «терапевтичних привілеїв» у лікарів, що дозволяли їм самостійно приймати медично значущі рішення за відсутністю хворого *absente aegroto.*

На прикладі історії європейської медицини як наукового проєкту ми бачимо, як поступово відбуваються метаморфози соціально-медичного простору – від звичайного місця проживання хворого до спеціальних лікарень. і як змінюються відносини у дискреті «лікар-пацієнт». Візити лікаря до сім'ї хворого розгортаються у принципово і якісно іншу субтотальність – антипод вихідного цілого: візити лікаря до пацієнта перетворюються на візити пацієнта до лікаря. І якщо на початку становлення наукової медицини реальна зустріч лікаря та пацієнта були обов'язковими, то починаючи з XIX ст. стає можливим прийняття медичних рішень спільно лікарями та родичами хворого без узгодження із самим хворим. У виникненні клінік як соціальних інститутів стають зацікавленими заможні представники новонародженого класу буржуазії, які виділяють гроші на розвиток спеціалізованих медичних закладів задля власного лікування відповідно до наукових підходів.

Нині ІЗ у медицині гарантує, що пацієнт повністю поінформований про характер процедури або втручання, потенційні ризики та переваги, а також доступні альтернативні методи лікування. Т. Бочамп та Дж. Чілдрес виділяють такі структурні компоненти ІЗ: 1) попередні умови: компетентність та добровільність; 2) інформаційні елементи: повідомлення інформації, рекомендації, розуміння; 3) згода: рішення, авторизація [8]. Необхідною «попередньою умовою» ІЗ *(gate keeping concept)* і автономного вибору є *компетентність.* І хоча поняття «автономія» і «компетентність» досить близькі, але все-таки між ними є відмінність. «Компетентність» встановлює деякий поріг, грань між наявністю або відсутністю здатності приймати рішення. «Автономія» – поняття, що мислиться континуально, воно починається як «внутрішня» якість, інтенційна здатність індивіда і закінчується довгостроковими результатами автономного вибору. Повага до автономії особистості (особливо в медицині й охороні здоров'я) часто оцінюється тільки за кінцевими результатами, а не за фактом наявності зовнішніх умов або внутрішніх можливостей.

Дія принципу поваги до автономії пацієнта обмежується для тих, хто не в змозі діяти компетентно: неповнолітніх, недієздатних пацієнтів; людей, які перебувають у комі або мають важкі психічні розлади; наркозалежних та ін. Міра компетентності може зростати залежно від здатності: 1) висловлювати свої переваги або повідомляти про вибір; 2) усвідомлювати ситуацію та її наслідки; 3) розуміти відповідну інформацію; 4) обґрунтовувати свій вибір; 5) раціонально аргументувати свій вибір; 6) пояснювати свій вибір, виходячи з оцінки співвідношення користь/ризик; 7) приймати розумно обґрунтовані рішення.

Концепт ІЗ окреслює нестійкі, минущі явища, що виникають у процесі взаємодії споживачів послуг та професіоналів, пацієнтів та лікарів, суб'єктів дослідження та дослідників. В інформаційному суспільстві окремий пацієнт усе більше перетворюється на епіцентр процесів глобалізації, і для нього стає головним не підпорядкування лікареві або конфронтація з ним, а прагнення до поєднання, узгодження (сізігії) всіх сторін свого життя (в тому числі пов'язаних зі здоров'ям) у загальну картину буття, як умова самовизначення, формування власної ідентичності та безпечного повсякденного життя.

Межовий, перехідний характер ІЗ, на нашу думку, є ознакою сізігійної цілісності дискрету «лікар-пацієнт». Концепція ІЗ стає ключовим біоетичним поняттям не тільки для формування міжособистісної генерологічної сфери «лікар-пацієнт», але й у більш широкому сенсі – для медичної практики як соціального явища. На його зміст впливають не тільки особистісні установки,

інтереси та переваги пацієнта, але й традиції лікарського співтовариства, а також нові явища повсякденного та наукового характеру, що виникають в інших «немедичних» професійних сферах та суспільстві загалом. Зокрема, йдеться про різні соціально зумовлені форми та моделі взаємодії лікаря та пацієнта та про конфлікт двох основоположних парадигм їхньої взаємодії: *патерналістичної та автономної.*

Лікарський патерналізм (від лат. *padre* – батько) передбачає, що лікар краще знає, що для хворого корисно, а що шкідливо, прагне уникати шкоди та робити виключно на благо пацієнта (у крайніх випадках навіть проти волі того, кому воно призначається). Однак пацієнт часто може пожертвувати тим, що з точки зору лікаря є «благом» заради інших «немедичних» цілей: збереження своїх соціальних функцій, продовження трудової діяльності, реалізації творчих планів, або, навпаки, потураючи своїм шкідливим звичкам – малорухливому способу життя, курінню, вживанню алкогольних напоїв, надлишковій та «нездоровій» їжі.

Автономна модель базується на твердженні, що тільки пацієнт є головним та остаточним авторитетом під час вирішення питань власного благополуччя, яке зростає пропорційно ступеню його інформованості та самостійності. Вільний вибір пацієнтом обсягу та характеру медичної допомоги сприяє психоемоційному благополуччю останнього. Ніхто, крім пацієнта, не знає так добре характеристики та особливості свого організму, а також те, що може бути корисним для нього (здоров'я як благополуччя).

Відомі різноманітні моделі взаємин «лікар-пацієнт»: 1) патерналістична; 2) технічна; 3) колегіальна (лікар та пацієнт виступають як «колеги»); 4) контрактна (контракту між лікарем та пацієнтом); 5) «вчитель-учень»; 6) договірна, основана на взаємній відданості та ін. [15]. Нині у зв'язку з широким впровадженням комп'ютерних технологій та штучного інтелекту число моделей «лікар-пацієнт» значно зростає, але жодна модель не можу бути легітимною без ІЗ.

Процедура ІЗ не є чимось сталим, в одному випадку це буде усна співбеседа, в іншому – письмова згода; за одних умов згода самого пацієнта, за інших – артикульована згода родини. Також обсяг і якість інформації, наданої лікарем, може визначатися: 1) професійними традиціями; 2) стандартами середньостатистичного пацієнта; 3) суб'єктивними стандартами.

У першому випадку *кількість і якість* наданої інформації відповідає нормам і традиціям медичного співтовариства (але не завжди сучасним вимогам), а пацієнт, що не має знань лікаря-експерта, визнається нездатним самостійно приймати правильні рішення. Другий підхід припускає, що процес інформування визначається потребами середньостатистичного, «розумного пацієнта». І тільки в останньому варіанті враховуються індивідуальні характеристики конкретного пацієнта та його право вирішувати, яка інформація для нього є найбільш важливою.

Якщо пацієнт є некомпетентним, то повага до автономії особистості здійснюється *в опосередкованих*, *сурогатних формах,* а функції «компетентного суб'єкта» виконують члени родини, родичі, друзі, опікуни. Відомо, принаймні, три стандарти сурогатного рішення: 1) заміщене рішення (the substituted judgment standard); 2) «чиста» автономія (the pure autonomy standard); 3) рішення в кращих інтересах пацієнта (the best interests standard).

У першому варіанті рішення формально засноване на принципі поваги автономії – воно належить некомпетентному або неавтономному пацієнтові *за фактом існування його права на автономію і приватність*. Пацієнт має право вирішувати, однак є некомпетентним, щоб це зробити. Рішення замість хворого (заміщене рішення) приймають його близькі або друзі, виходячи зі своїх знань про його спосіб життя та систему цінностей. Цей стандарт найбільш популярний у західних країнах, тому що захищає якість людського життя як *індивідуальну*, а не *соціальну* цінність. Стандарт «чистої автономії» припускає, що пацієнт залишає письмові або усні розпорядження ще до того, як стати некомпетентним, що і є підставою для дій у майбутньому. Модель «у кращих інтересах пацієнта», як правило, застосовується для тих, хто ніколи не був компетентним (розумово відсталі пацієнти, інваліди дитинства та ін.). Вона розглядає інтереси пацієнта досить вузько: у термінах тривалості прожитого життя (роки і місяці). У цій моделі увага зосереджується на фізичному болі та фізичних стражданнях. Якість життя виступає як *соціальна, а не індивідуальна цінність,* і тому власні інтереси хворого, його уявлення про якість життя не враховуються.

Отже, розмаїття підходів до ІЗ, її змісту, обсягу, обмежень та трактувань свідчать про те, що такий концепт виконує складну функцію узгодження інтересів лікарів-спеціалістів та пацієнтів-дилетантів (або їхніх представників) у різних медичних контекстах. Так, Р. Вітч зазначає, що, з одного боку, механізм ІЗ захищає принцип поваги до автономії особистості, а з іншого – передбачає схвалення чужих точок зору та дій або згоду з ними [15]. По суті, йдеться про розмивання жорсткої диспозиції суб'єкт-об'єктного у відносинах між лікарем та пацієнтом та про торжество процесу, який на певний час втрачає власного суб'єкта.

Соціологи Е. Гідденс та П. Бурдьє вказують на втрату сучасними розвиненими суспільствами сталої соціальної стратифікації, а суб'єктом – стабільної статусної ролі та традиційної соціальної самоідентифікації [3, с. 39]. Особистість ідентифікує себе одночасно з різними соціальними ролями та статусами – «пацієнт», «споживач медичних послуг», «представник громадських рухів», «експерт», «дилетант», «пересічний громадянин» та ін., характер яких залежить від ситуації, в якій

вона опиняється, особливо в інформаційному суспільстві, де її статус може бути прихованим та невизначеним.

Медичні знання та біомедичні технології дедалі стають усе більш складними і диференційованими, а експерти – все більш безпорадними перед зростаючим масивом знань. Вони змушені рахуватися з точкою зору пацієнтів-дилетантів, що просуваються все далі щодо обізнаності в неспецифічних для себе сферах діяльності завдяки Інтернету, штучному інтелекту та комп'ютерним технологіям. Виникає феномен зрівнювання експертів та дилетантів і нова якісна розстановка сил: глибоко наукоподібні модерністські тактики та стратегії справжніх «профі»-лікарів зазнають розчаклування та профанізації з боку пацієнтів-дилетантів.

Медицина сама по собі, розширюючи сферу свого впливу, продукуючи нові образи та стилі життя, збільшує кількість своїх адресатів та користувачів, залучаючи до сфери оцінки своїх результатів не лише професіоналів, а й тих, хто традиційно вважався «об'єктом» застосування медичних технологій. Своєю чергою так звані «об'єкти» не проти нарешті стати «суб'єктами» і готові запропонувати власну «експертну оцінку» наукових істин. Так, у 2024 році пацієнтка Піндо Мулла оскаржила рішення чергового судді, який дозволив лікарям лікувати Муллу та проводити переливання крові без її згоди та всупереч її релігійним переконанням як Свідка Ієгови. Велика палата Європейського суду з прав людини у справі «Піндо Мулла проти Іспанії» наголосила на важливості ІЗ і на тому, що пацієнт має право вибирати або відмовитися від медичного лікування відповідно до особистих переконань [11].

Доктрина ІЗ є привабливою як для пацієнтів так і лікарів, оскільки вона, з одного боку, прагне захистити автономію та гідність особистості, з іншого – знімає тягар безумовної відповідальності лікаря за рішення пацієнта. Однак наявні розбіжності щодо обґрунтування згоди, її вимог та обмежень. Отже, її наявність не завжди є свідченням автономії пацієнта та гарантійним талоном на відсутність лікарських помилок та досконалу медичну етику з боку лікаря, особливо, якщо це стосується вразливих контингентів. Дослідження показують, що пацієнтам часто складно надати інформовану згоду, оскільки вони не здатні збагнути ризики складних втручань, наприклад, хірургічних [13], або зрозуміти складну медичну інформацію, надану лікарем [12]. Є також невизначеність обсягу згоди та відведеного на неї часу в медичній практиці, а розмаїття конкретних вимог щодо згоди в різних ситуаціях (варіативність) може заплутати як пацієнтів, так і медичних працівників. Наприклад, наявні факти, що реєстри донорських органів не завжди точно відображають справжні бажання та наміри донора [7, с. 7–8].

Ф. Раза, Дж. Геррінг, Дж. Нойбергер та ін. вважають, що ІЗ не можна розуміти як єдину доктрину, натомість її слід трактувати з акцентом на діапазоні цінностей, які вона захищає в конкретному контексті. Для цього необхідно, щоб особи, які приймають рішення, визначили свої цінності, що мають стосунок до конкретного випадку. Отже, вимоги до згоди можуть відрізнятися залежно від конкретної ситуації [11, с. 8].

Таким чином, у видаваної простоті концепту ІЗ, що тільки здається такою, висвітлюються нові порядки буття, складніші його рівні, що вимагають трансформації не тільки медицини як теорії та практики, а і свідомості учасників зустрічі «лікар-пацієнт». Така необхідність продиктована потребою всіх зацікавлених сторін тонко та своєчасно реагувати на щоденні зміни у суспільстві, бути в курсі того, що відбувається на ринку ідей, товарів, послуг. Лікар і пацієнт доходять не тільки до необхідності розподілу прав, але й до прийняття спільних зобов'язань та відповідальності щодо експертизи медичних послуг.

Концепція ІЗ означає розрив, зазор, що виникає між різними генерологічними сферами норм та цінностей: професійною та особистою сферою лікаря, світом лікаря та світом пацієнта, медичною етикою та загальнолюдськими цінностями, етико-правовим та юридичним підходами. І одночасно ІЗ виступає способом взаємного пристосування, припасування змінних компонентів тотальності, норм, цінностей, стилів мислення, життєвих стратегій.

Пристосування означає, що жодна цінність і жоден етичний принцип не приноситься в жертву: вони утримуються у критичній межі значень і активізуються для вирішення того чи іншого рішення. Дискрет «лікар-пацієнт» реалізує рухливість системи та структури принципів, їхні «трансформні» та трансформаційні можливості. Разом із тим він не скасовує системи цінностей лікаря та пацієнта.

На думку П.Д. Тищенка, біоетичні принципи як засади ІЗ – поваги до автономії, поваги до гідності особистості, «роби благо», «не нашкодь», являють собою так звані семантичні концепти-кентаври [5]. Концепт розташований начебто між науковим поняттям та словом повсякденної мови. Як і у поняття, у концепта є претензія на всезагальність та об'єктивність. Однак, на відміну від поняття, ця претензія обмежена конкретним контекстом його використання. Концепт являє собою парадоксальну структуру «особливого всезагального», як і поняття він потребує обґрунтування. Але якщо поняття потребує універсального обґрунтування, то концепт задовольняється обґрунтуванням *ad hoc* для цього конкретного випадку.

Особливістю та специфікою медичної етики виступає те, що вибір серед різноманіття правил, принципів і цінностей здійснюється *ad hoc* і *prima facie*, залежно від ситуації, як результат гіпотетичного уявного експерименту, зважування й оцінки найбільш ефективних способів розв'язання ситуа-

тивного завдання. Як правило, на роль провідного принципу, що підкоряє собі всі інші, обирається той, що «добре працює», забезпечує втілення спільних цінностей та ідеалів лікаря та пацієнта.

Разом із тим є певний зазор між різними генерологічними сферами норм та цінностей обох сторін. Пацієнт перебуває під впливом різноманітних чинників – психоемоційних, матеріальних, соціальних, політичних. У системі надання медичних послуг він уподібнюється до мандрівника, який потрапив до чужої країни. До цього «дискомфорту» слід додати стан афекту, в якому він перебуває під впливом своєї недуги, зниження його уваги та здатності до об'єктивної оцінки ситуації. Лікарняна обстановка та недостатність спеціальних медичних знань роблять його ще більш уразливим до можливих маніпуляцій з боку лікаря. Навпаки, лікар, перебуваючи на своїй території, веде себе більш вільно, свідомо чи мимоволі залучаючи пацієнта у світ власних цінностей та стратегій спілкування.

Коли пацієнт приходить на прийом до лікаря, він намагається описати те, що в його розумінні є хворобливими станами. Як правило, це суб'єктивні відчуття, які не завжди піддаються чіткій вербалізації. Скарги на хворобливі стани можуть бути також особливою формою комунікації, за допомогою якої пацієнт висловлює свої почуття горя та дискомфорту, шляхом до розкриття унікального світу тілесності хворого. Розуміння, декодування та інтерпретація пацієнтом сигналів, які посилає йому організм, залежить від особистості пацієнта, його соціокультурної приналежності, наявності у нього медичних та немедичних знань про здоров'я та хворобу тощо.

Різні форми прояву хвороби можуть мати різний ментальний зміст та значення для індивіда як соціального суб'єкта: маніфестувати прагнення суб'єкта до лідерства; виконувати функцію екзистенційного захисту від оточуючих; встановлювати порушене вихованням та іншими причинами душевну рівновагу; слугувати своєрідною мовою спілкування з іншими людьми; свідчити про потурання суб'єкта своїм слабкостям. Одним з найважливіших елементів здоров'я є внутрішня картина хвороби (ВКХ), яка досліджувалася Г.А. Аріною та А.Ш. Тхостовим [6]. Автори вважають, що ВКХ є особливою формою пізнавальної діяльності (соматорецепції) пацієнта, спрямованої на подолання хворобливих відчуттів та позбавлення від страждань та хвороби, вона є складною психологічною структурою, що складається з чотирьох рівнів сприйняття хвороби: чуттєвого, емоційного, інтелектуального, мотиваційно-смислового.

Ситуація ускладнюється ще і тим, що пацієнти по-різному інтерпретують одні і ті самі симптоми, а й тим, що вони використовують непрямий шлях передачі повідомлення лікареві з допомогою жестів, символів, метафор, аналогій, порівнянь. Причина хвороби – несвідомий, незрозумілий, незасвоєний пацієнтом пласт буття. Саме цим пояснюється «нестиковка» у питанні розуміння та артикуляції свого стану хворим. Він лише «сигналізує» лікарю про те, що «щось не так». Але для того щоб такі сигнали-скарги були почуті та правильно зрозумілі фахівцем, вони мають бути відповідним чином декодовані та вбудовані у відповідний медичний контекст.

Однією з найбільш важливих детермінант в інтерпретації хвороби є відмінність культур (субкультур), до яких належать сторони, що вступають у взаємодію. Чим більше відмінностей у соціокультурних уподобаннях та цінностях лікаря та пацієнта, тим більше труднощів виникає у комунікації (як вербальній, так і невербальній). Відмінності між культурами можуть бути не тільки етнічними. Субкультурні групи також можуть значно відрізнятися за віком, соціальним класом, статтю, освітою, районом проживання. Медицина сама по собі і як соціальний інститут є особливою субкультурою зі своїми уподобаннями, умовностями та очікуваннями, в контексті яких інтерпретуються та дешифруються історії та скарги хворих.

Висновки

Як показали дослідження, ІЗ виступає не тільки маркером недовідповідності, неконгруентності але одночасно і механізмом сізігії, інструментом «підгонки» світу лікаря і світу пацієнта на момент їхнього спілкування. Відстоюючи особисті, професійні, релігійні, сімейні інтереси пацієнт змушений враховувати інтереси представників медичної науки, соціуму, гармонізуючи їх зі своїм життєвим світом.

З точки зору тоталогічної методології ІЗ визначає стан дискрету «лікар-пацієнт» як внутрішньо і зовнішньо нестійкий, парсичний процес, спрямований на подолання консервативної патерналістичної установки та одночасно – на розширення меж автономної моделі та гуманізації медицини. Кінцева мета цього процесу – «набуття спокою» у новому генерологічному стані, гармонізація авторитету та владних інтенцій медика-професіонала з бажаннями та благом клієнта-профана. Провідна роль тут належить мінливості, модифікації, переоформленню.

Принцип дискретності означає історично, соціокультурно та науково визначену форму реалізації комунікацій між лікарем та пацієнтом. Відносини лікаря та пацієнта мають фундаментальне значення, бо саме вони визначають успіх лікування та задоволення сторін навіть у тих випадках, коли діагноз та медична допомога, що надається, можуть бути не зовсім коректними. Але, з іншого боку, нестійкість, перехідний характер ІЗ дозволяє медикам та пацієнтам освоювати нові горизонти тотальності, реалізовувати взаємодію онтічних та онтологічних вимірів буття, парсичного та генерологічного. Ці взаємодії можуть варіювати всередині дискрету «лікар-пацієнт» залежно від

часу, ситуації, статі, психологічних особливостей, компетентності, стану здоров'я пацієнта, якостей лікаря як особистості та професіонала, стандартів інформування.

Принцип дивесизації пояснює, як така частина соціальної тотальності, як взаємовідношення лікаря та пацієнта під впливом сучасних викликів інформаційного суспільства, постнекласичної науки, глобалізації, суспільства споживання, може розгортатися та змінюватися з патерналістичної субтотальності в автономну як її антипод і як момент власного розвитку.

Принцип самодетермінації фіксує здатність пацієнта бути активним, брати відповідальність за прийняття рішень стосовно свого здоров'я і в такий спосіб змінювати умови свого життя, ставати одночасно суб'єктом та об'єктом власного впливу. Нова цілісність, яка при цьому формується, фіксує народження нової людиновимірної тотальності як ключової ознаки постнекласичної науки. В результаті світ науки наближається до повсякденного світу людини, розширюються та поглиблюються онтико-онтологічні межі «людина-світ».

Нині зростає інтерес до розробки технологічних інструментів, таких як чат-боти, щоб допомогти пацієнтам розуміти медичні процедури та давати усвідомлену згоду на них. Дослідження показали позитивні результати щодо прийнятності чат-ботів для передачі інформації пацієнтам, переваги відповідей чат-ботів на запитання пацієнтів у соціальних мережах над відповідями лікарів та економії часу для клініцистів. Однак інформація про пацієнтів, згенерована штучним інтелектом, часто все ще не має достатньої надійності та вимагає професійного контролю.

Отже, діджиталізація процесу інформованої згоди може запропонувати пацієнтам та медичним працівникам чудові можливості, але необхідно враховувати правові норми, захист персональних даних, етичні аспекти, а також швидкий розвиток штучного інтелекту. Важливо критично оцінювати потенціал різних технологій для покращення процесу отримання згоди на благо всіх залучених сторін та осіб [9; 10]. Штучний інтелект та великі бази даних створюють нові можливості, водночас підвищують ризики для приватності. За допомогою штучного інтелекту можна обробляти величезні обсяги персональних даних, але водночас є загроза витоку або некоректного використання інформації. Тому важливо впроваджувати шифрування, анонімізацію та дотримуватись етичних стандартів задля мінімізації ризиків [4].

Дані про конфлікт інтересів авторів: конфлікту інтересів немає.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кизима В.В. Новое образование для нового человека. *Філософія освіти*. 2005. № 2. С. 36–61. URL: https://philosopheducation.com/index.php/philed/article/view/106/88.

2. Кизима В.В. Онтико-онтологическая дуальность бытия и ее последствия для человека. *Totallogy-XXI. Постнекласичні дослідження*. 2016. № 33. С. 54–118. URL: https://cgo.org.ua/wp-content/uploads/2018/01/Totallogy_33.pdf.

3. Кизима В.В. Сизигия как сущность быти. *Totallogy-XXI. Постнекласичні дослідження*. 2016. № 33. С. 7–53. URL: https://cgo.org.ua/wp-content/uploads/2018/01/Totallogy_33.pdf.

4. Куліш М. Цифрова приватність в умовах масового спостереження: правові та етичні аспекти. *Цивілістична платформа*. 2025. Вип. 1 (4). С. 201–24. URL: https://clp.org.ua/tsyfrova-pryvatnist-v-umovakh-masovoho-sposterezhennia-pravovi-ta-etychni-aspekty/.

5. Тищенко П.Д. Как возможно общение без обобщения (междисциплинарный подход к биоэтике). *Философия биомедицинских исследований. Этос науки начала третьего тысячелетия* / ред. Б.Г. Юдин. М. : Институт человека РАН, 2004. С. 48–70. URL: http://ukros.ru/wp-content/uploads/2016/11/Sbornik_10.pdf.

6. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М. : Смысл, 2002. 287 с. URL: https://studfile.net/preview/6749396/.

7. Agozzino E., Borrelli S., Cancellieri M., Carfora F.M., Di Lorenzo T., Attena F. Does written informed consent adequately inform surgical patients? A cross-sectional study. *BMC Medical Ethics.* 2019. № 20 (1). URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30616673/.

8. Beauchamp T.L., Childress J.F. Principles of biomedical ethics. New York, Oxford : Oxford University Press, 1994. 546 p.

9. Goldschmitt M., Gleim P., Mandelartz S., Kellmeyer P., Rigotti T. Digitalizing informed consent in healthcare: a scoping review. *BMC Health Services Research.* 2025. № 25. P. 893. https://doi.org/10.1186/s12913-025-12964-7.

10. Grunhut J. Artificial Intelligence: The Elephant in the Tumor Board Room. *Academic Medicine,* 2023. № 98 (5). P. 542–542. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36512830/.

11. Raza F., Herring J., Neuberger J., Quiroga I., Engelmann C., Ryder E., Berg T. Strong or Weak Consent in Medical Law? Identifying the Values Protected in Transplantation Medicine in Europe. *European Journal of Health Law*. Online Publication, 2025. № 32. P. 281–307. URL: https://brill.com/view/journals/ejhl/32/3/article-p281_2.xml.

12. Rose S.L, Shapiro D. An ethically supported framework for determining patient notification and informed consent practices when using artificial intelligence in health care. *CHEST*. 2024. № 166 (3). P. 572–578. https://doi.org/10.1016/j.chest.2024.04.014.

13. Shah P., Thornton I., Kopitnik NL., Hipskind JE. Informed Consent. *NIH – National Library of Medicine* URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430827/.

14. Svenaeus F. The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health. Steps Towards a Philosophy of Medical Practice. Boston, London : Kluwer Academic Publishers, 2000. 201 c. DOI: 10.1007/978-94-015-9458-5.

15. Veatch RM. A theory of Medical ethics. New York : Basic books, 1981. P. 218.

REFERENCES

1. Kizima VV. New education for a new person. Philosophy of Education. 2005; 2: 36–61. (In Ukrainian). Available from: https://philosopheducation.com/index.php/philed/article/view/106/88.

2. Kizima VV. Ontic-ontological duality of being and its consequences for man. Totallogy-XXI. Post-non-classical investigations. 2016; 33: 54–118. (In Ukrainian). Available from: https://cgo.org.ua/wp-content/uploads/2018/01/Totallogy_33.pdf.

3. Kizima VV. Syzygy as the essence of being. Totallogy-XXI. Post-non-classical investigations. 2016; 33: 7–53. (In Ukrainian). Available from: https://cgo.org.ua/wp-content/uploads/2018/01/Totallogy_33.pdf.

4. Kulish M. Digital privacy in conditions of mass surveillance: legal and ethical aspects. Civilistic platform. 2025;

№1 (4): 201–24. (In Ukrainian). Available from: https://clp.org.ua/tsyfrova-pryvatnist-v-umovakh-masovoho-sposterezhennia-pravovita-etychni-aspekty/.

5. Tishchenko PD. How is communication possible without generalization (an interdisciplinary approach to bioethics). Philosophy of biomedical research. Ethos of science at the beginning of the third millennium; ed. B.G. Yudin. Moscow: Institute of Humanities, Russian Academy of Sciences, 2004. C. 48–70. (In Russian). Available from: http://ukros.ru/wp-content/uploads/2016/11/Sbornik_10.pdf.

6. Tkhostov ASh. Psychology of corporeality. Moscow: Smysl, 2002. 250 c. (In Russian). Available from: https://studfile.net/preview/6749396/.

7. Agozzino E, Borrelli S, Cancellieri M, Carfora FM, Di Lorenzo T, Attena F. Does written informed consent adequately inform surgical patients? A cross-sectional study. BMC Medical Ethics. 2019; 20 (1). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30616673/.

8. Beauchamp TL., Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York, Oxford: Oxford University Press, 1994. 546 p.

9. Goldschmitt M, Gleim P, Mandelartz S, Kellmeyer P, Rigotti T. Digitalizing informed consent in healthcare: a scoping review. Goldschmitt et al. BMC Health Services Research. 2025; 25: 893. Available from: https://doi.org/10.1186/s12913-025-12964-7.

10. Grunhut J. Artificial Intelligence: The Elephant in the Tumor Board Room. Academic Medicine, 2023; 98 (5): 542–542. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36512830/.

11. Raza F, Herring J, Neuberger J. Quiroga I, Engelmann C, Ryder E, Berg T. Strong or Weak Consent in Medical Law? Identifying the Values Protected in Transplantation Medicine in Europe. European Journal of Health Law. Online Publication, 2025; (32): 28–307. Available from: https://brill.com/view/journals/ejhl/32/3/article-p281_2.xml.

12. Rose SL, Shapiro D. An ethically supported framework for determining patient notification and informed consent practices when using artificial intelligence in health care. CHEST, 2024; 166 (3): 572–578. Available from: https://doi.org/10.1016/j.chest.2024.04.014.

13. Shah P, Thornton I, Kopitnik NL, Hipskind JE. Informed Consent. NIH – National Library of Medicine. 2024 (24 November). Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430827/.

14. Svenaeus F. The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health. Steps Towards a Philosophy of Medical Practice. Boston, London: Kluwer Academic Publishers, 2000. 201 c. doi: 10.1007/978-94-015-9458-5.

15. Veatch RM. A theory of Medical ethics. New York: Basic books, 1981. P. 218.

Надійшла до редакції 12.08.2025
Прийнята до публікації 10.09.2025
Опубліковано 17.10.2025