

РОЗДІЛ 2

ЕПІСТЕМОЛОГІЧНИЙ ДИСКУРС ФІЛОСОФІЇ МЕДИЦИНИ

2.1. Методологічна матриця в медицині: теоретико-практична мудрість клініциста*

Актуальність. У сучасній медичній науці та практиці зростає потреба у використанні комплексного підходу до аналізу медичних знань і дослідницьких методів. Традиційні ієрархії доказів, зокрема акцент на рандомізованих контрольованих дослідженнях, мають обмеження, що може знижувати ефективність клінічних рішень. Це призводить до потреби в переосмисленні підходів до оцінки доказів і формування нових моделей, таких як методологічна матриця.

Методологічна матриця пропонує альтернативу жорстким ієрархіям, інтегруючи різноманітні методи дослідження – від кількісних до якісних – та визнаючи їхню взаємозалежність і взаємодоповнюваність. Це дозволяє враховувати не лише статистичні дані, а й контекстуальні, соціальні та індивідуальні особливості пацієнтів.

Урахування методологічного плюралізму сприяє підвищенню обґрунтованості клінічних рішень, зменшенню рівня діагностичних помилок і поліпшенню якості медичної допомоги. Використання методологічної матриці допоможе лікарям зрозуміти важливість застосування різноманітних підходів до збору та інтерпретації даних, що є критично важливим у світлі розвитку доказової медицини та потреби у персоналізованому підході до пацієнтів.

Метою викладеного матеріалу є формування у лікарів системного розуміння методологічної матриці як інструменту інтеграції різноманітних наукових підходів у медичній практиці, ознайомлення з філософськими засадами, що лежать в основі медичної науки, та сприяння розвитку критичного мислення для обґрунтованого прийняття клінічних рішень.

Визначення методології в медицині

Методологія в медицині – це сукупність принципів, підходів і методів, що регламентують процес створення, систематизації та застосування медичних знань у науковій та клінічній практиці. Вона охоплює як епістемологічні аспекти, включаючи джерела і критерії обґрунтування знань, так і логічні структури для аналізу даних, а також етичні й онтологічні засади, що формують контекст медичних рішень.

Методологія у медицині виступає важливим інструментом для аналізу наукових підходів до діагностики, лікування та профілактики, критичного осмислення доказів у межах доказової медицини, інтеграції різних

*© Самура Борис Борисович, доктор медичних наук, професор, професор кафедри внутрішніх хвороб З Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, 2025.

дослідницьких стратегій для досягнення цілісного розуміння складних медичних феноменів.

Таким чином, методологія в медицині не лише визначає «як» досліджувати, а й відповідає на питання «чому» певні підходи є ефективними або обґрунтованими у конкретних клінічних контекстах.

Методологічні підходи наукових досліджень в медицині

Емпіричний підхід орієнтований на збір і аналіз фактичних даних через спостереження та експеримент. У медицині це проявляється в доказовій медицині, де рандомізовані контрольовані дослідження є золотим стандартом для оцінки ефективності лікування.

Раціоналістичний підхід базується на логічних міркуваннях і теоретичному аналізі. У медичній практиці він важливий для розробки діагностичних алгоритмів, де логіка допомагає структурувати клінічне мислення.

Системний підхід розглядає медичні явища як складні системи, що взаємодіють на різних рівнях: клітинному, органному та на рівні організму в цілому. Такий підхід дозволяє враховувати як біологічні, так і соціальні фактори, що впливають на здоров'я людини.

Інтердисциплінарний підхід поєднує знання з різних галузей науки, включаючи біологію, психологію, соціологію, етику. Це особливо актуально для сучасної медицини, де складні клінічні випадки вимагають комплексної оцінки.

Критичний підхід передбачає аналіз і перегляд усталених наукових парадигм. У медицині він необхідний для оцінки ефективності старих практик і впровадження нових методів лікування, особливо у світлі розвитку персоналізованої медицини.

Методологічний плюралізм визнає важливість різних підходів і методів залежно від конкретної наукової задачі дослідження. Це дозволяє уникнути обмежень одного методу, сприяючи комплексному розумінню медичних феноменів.

Ці підходи доповнюють один одного, формуючи методологічну матрицю, що забезпечує ефективність як наукових досліджень, так і клінічної практики.

Вступ

У сучасних умовах стрімкої трансформації системи охорони здоров'я, розвитку доказової медицини, біоетики та мультидисциплінарних підходів, особливої значущості набуває осмислення методологічної матриці медицини – інтегрованої системи пізнавальних, ціннісних, соціокультурних і практичних засад медичного знання та діяльності.

Фундаментальні зміни в науковому світогляді, про які писав Томас Кун у класичній праці про зміну наукових парадигм *The Structure of Scientific Revolutions* (1962), вплинули й на медицину, яка більше не мислиться винятково як сукупність біологічних знань. Вона постає як парадигмально складна система, що вимагає аналізу не тільки наукових, але й філософських

основ. Жорж Кангілем (*The Normal and the Pathological*, 1991) звернув увагу на філософське осмислення поняття «норми» у медицині, що поставило під сумнів усталені біомедичні критерії. Це потребує нового мислення у створенні методологічної основи медичної практики. Водночас Мішель Фуко (*The Birth of the Clinic*, 1994), при дослідженні змін медичної практики, влади і знань показав, як змінюється структура медичного дискурсу залежно від соціального і політичного контексту, що прямо впливає на вибір методологічного інструментарію лікаря.

Сучасна клінічна діяльність все частіше спирається не тільки на «жорсткі» наукові дані, але й на герменевтичні підходи (Ганс-Георг Гадамер, *The Enigma of Health*, 1996), які вимагають від лікаря вміння інтерпретувати індивідуальний досвід пацієнта, тобто діяти на перетині науки, мистецтва та етики. Едмунд Пеллегріно та Девід Томасма (*A Philosophical Basis of Medical Practice*, 1981) наголошують на необхідності інтеграції гуманітарної та етичної перспективи у філософське обґрунтування медицини.

Крім того, доказова медицина (*Evidence-Based Medicine*, Trisha Greenhalgh, *How to Read a Paper*, 2019) хоча й визначає стандарти клінічного мислення, все ж не охоплює всіх форм знання, необхідних для повноцінного прийняття рішень. Саме тому в межах методологічної матриці з'являються нові аспекти: наративна медицина, інтегративні моделі здоров'я, психосоціальні підходи.

Таким чином, методологічна матриця в медицині сьогодні є необхідною теоретико-практичною конструкцією, яка дозволяє лікарю не тільки критично оцінювати джерела медичного знання, враховувати соціальні, етичні та філософські контексти клінічного рішення, а і формувати власну професійну ідентичність як інтерпретатора і гуманіста, а не лише виконавця стандартів.

Розгляд методологічної матриці як складного міждисциплінарного інструменту має на меті не лише підвищення якості медичної допомоги, але й гуманізацію медичної практики, що особливо актуально в умовах післядипломної медичної освіти, коли лікар формує власну філософію лікування та спілкування з пацієнтом.

1. Поняття методології в медицині

Поняття методології в медицині виходить далеко за межі технічного чи емпіричного підходу до діагностики і лікування. У найширшому сенсі, методологія – це система принципів, підходів, понять і цінностей, які визначають способи отримання, перевірки й застосування медичного знання. Вона охоплює як наукові, так і філософські аспекти медичної практики, орієнтуючи лікаря не лише на ефективність дії, а й на розуміння сутності людини, хвороби та лікування. Це своєрідна концептуальна «матриця», в якій розгортається медична практика та формуються наукові і клінічні судження.

Медицина як мультипарадигмальне поле визначена Томасом Куном у праці *The Structure of Scientific Revolutions* (1962). Згідно з ним, наука, включно з медициною, розвивається не лише поступово, а й стрибкоподібно

– через зміну домінуючих парадигм. Так, перехід від патофізіологічної моделі до біомедичної, а згодом – до біопсихосоціальної, є яскравим прикладом такої трансформації методологічної основи медицини.

У сучасних умовах, як показує Trisha Greenhalgh (How to Read a Paper, 2019), традиційна доказова медицина вже не може бути єдиною основою клінічного мислення. Лікар змушений враховувати не лише статистичну вірогідність результатів, а й контекст пацієнта, його досвід, соціальні умови та культурні очікування. Це розширює поняття методології до рівня інтерпретативного й етичного осмислення медичного знання.

Сучасне методологічне осмислення медицини відзначається мультидисциплінарністю. За словами Едмунда Пеллегріно (A Philosophical Basis of Medical Practice, 1981), медицина має свою унікальну методологію, що поєднує класичний науковий підхід (докази, експеримент, узагальнення) з герменевтичним і етичним – тлумачення людського досвіду страждання та моральну відповідальність лікаря.

Міждисциплінарність і гуманітарний вимір в методології медицини формується під впливом гуманітарних наук – філософії, антропології, соціології. У цьому контексті Ганс-Георг Гадамер (The Enigma of Health, 1996) розглядає медичну практику як герменевтичний процес, у якому лікар «читає» тіло і досвід пацієнта, подібно до того, як текст читає філософ чи теолог. Це розуміння унеможливлює редукцію лікування до лише технічної інтервенції.

Мішель Фуко у праці The Birth of the Clinic (1994) звертає увагу на вплив влади, інституцій і соціального дискурсу на формування медичних знань і норм. Це означає, що медична методологія – не нейтральна, а завжди ідеологічно навантажена. Вона відображає культурні цінності, економічні інтереси та суспільні очікування щодо здоров'я, хвороби й смерті.

Рівні методології в медицині можна розглядати на кількох взаємодоповнюючих рівнях з урахуванням сучасних філософських і наукових джерел.

Онтологічний (від грецького ὄν – буття, те, що є, існуюче; λόγος (logos) – вчення, слово, розум) *рівень* стосується буття, існування речей, їхньої природи та структури реальності та визначає хворобу, здоров'я, людину як суб'єкта лікування (Cassell, The Nature of Suffering, 2004).

Епістемологічний (від грецького ἐπιστήμη – знання, наука; λόγος – вчення, слово, розум) *рівень* аналізу стосується пізнання, природи знання та способів його отримання.

Етичний рівень аналізу стосується моральних принципів, цінностей, норми добра і зла, відповідальності людини за свої дії, тобто цінностей, що лежать в основі лікарського рішення (Pellegrino & Thomasma, A Philosophical Basis of Medical Practice, 1981).

Герменевтичний (від грецького ἑρμηνεύω – тлумачити, пояснювати; Ἑρμῆς – Гермес, бог-посланець, який передавав послання богів людям і тлумачив їх) *рівень* осмислення зосереджує увагу на тлумаченні значень, розумінні сенсу текстів, символів, висловлювань, дій чи симптомів пацієнта.

Інституційно-соціальний рівень визначає вплив організації медицини, політики та культури на вироблення методів і рішень.

Таким чином, методологія в медицині – це інтегральна основа клінічної практики, яка включає знання, мислення, інтерпретацію, етичну рефлексію та культурну чутливість. Саме вона визначає, якою буде медицина: лише технічною дисципліною чи гуманістичною практикою з глибоким філософським підґрунтям.

Для сучасного лікаря розуміння методології є не просто інтелектуальним викликом, а необхідною умовою усвідомленої, відповідальної і творчої клінічної діяльності в складному та змінному світі.

2. Методологічна матриця: суть і структура

У складному і динамічному просторі сучасної медицини постає потреба у методологічному інструменті, який дозволив би інтегрувати різноманітні підходи до розуміння здоров'я, хвороби та лікування. Таким інструментом є методологічна матриця – структура, яка поєднує ключові компоненти медичного знання, клінічного мислення та філософської рефлексії. Її мета – забезпечити лікаря не лише інструментами дії, але й системою осмислення власної професійної практики.

Суть методологічної матриці

Поняття методологічної матриці у філософії науки перегукується з ідеями Томаса Куна щодо наукових парадигм (*The Structure of Scientific Revolutions*, 1962), де наука існує в межах певної сукупності поглядів, цінностей, методів і стандартів, що визначають те, що вважається істинним або значущим. Аналогічно, медицина функціонує в межах своєї власної методологічної матриці, яка включає типи знання (емпіричне, клінічне, наративне, філософське), концепти (здоров'я, хвороба, страждання, норма), методи пізнання (спостереження, діалог, інтерпретація, експеримент), етичні орієнтири (автономія пацієнта, благо, справедливість, відповідальність), соціокультурні контексти (традиції, цінності, інституційні рамки).

Едмунд Пеллегріно та Девід Томасма (*A Philosophical Basis of Medical Practice*, 1981) підкреслюють, що методологія медицини не може обмежуватися лише науковими фактами – вона має включати філософське осмислення природи медицини як моральної, гуманітарної та клінічної практики. Відтак, методологічна матриця виконує функцію інтелектуального «компасу», що дозволяє лікареві орієнтуватися в складних ситуаціях, де немає однозначних відповідей.

Висновок

Методологічна матриця є складною, багаторівневою структурою, яка дозволяє лікарю не лише застосовувати знання, але й осмислювати, переосмислювати та інтерпретувати власну клінічну діяльність. Вона перетворює лікаря з "техніка" у рефлексивного гуманітарія, здатного діяти у відповідності до складності людського буття.

Її вивчення сприяє глибшому розумінню професійної ролі лікаря у XXI столітті – як мислителя, комунікатора, захисника людської гідності та конструктора нового медичного знання.

3. Методологічна матриця у контексті доказової медицини

Сучасна клінічна практика неможлива без звернення до концепції доказової медицини (Evidence-Based Medicine, EBM) – одного з найвпливовіших парадигмальних підходів у медичному знанні кінця XX – початку XXI століття. Проте, як показує критичний аналіз, EBM не є самодостатньою методологічною системою. Саме тому її слід розглядати у ширшій рамці – методологічній матриці, яка дозволяє інтегрувати доказовість, клінічний контекст і гуманітарну рефлексію.

Витоки та обмеження доказової медицини

Поняття EBM було введено у 1992 році групою клініцистів під проводом Девіда Сакетта, і означало використання найкращих наявних доказів для прийняття рішень у медичній практиці. Як підкреслюється в праці Sackett et al., “Evidence Based Medicine: What it is and what it isn't” (BMJ, 1996), EBM – це синтез трьох компонентів: кращих наукових доказів, клінічного досвіду цінностей і переваг пацієнта.

Хоча початкове формулювання EBM визнавало множинність знання, пізніші інтерпретації значною мірою зосередилися на ієрархії доказів, де метааналізи, рандомізовані контрольовані дослідження і систематичні огляди вважаються «золотим стандартом». Такий підхід, як стверджують Greenhalgh, Howick, & Maskrey (BMJ, 2014), може призводити до редукаціонізму, коли індивідуальність пацієнта, соціальний контекст чи клінічна інтуїція лікаря відсуваються на другий план.

Роль методологічної матриці у переосмисленні EBM

Методологічна матриця виступає корекційною рамкою для доказової медицини, розширюючи її епістемологічні межі та додаючи філософську глибину. Застосовуючи ідеї Ненсі Картрайт (Evidence-Based Policy: A Practical Guide to Doing It Better, 2012), варто зазначити: універсальні докази з рандомізованих контрольованих досліджень не завжди застосовні до унікальних клінічних випадків. Методологічна матриця пропонує розглядати доказ як один з елементів складної системи медичного пізнання, а не його єдину основу.

Від ієрархії до інтеграції

Замість жорсткої ієрархії доказів, методологічна матриця пропонує модель інтеграції знань різного типу – біомедичного, наративного, соціального, інтуїтивного. Як зазначає Trisha Greenhalgh у праці Evidence-Based Medicine: A Movement in Crisis? (BMJ, 2014), справжня доказова медицина – це та, що поважає не лише наукові дані, але й людський досвід. Матриця стає простором, у якому дані перетворюються на значення, а клінічні дії – на морально відповідальні рішення.

Приклад практичної дії

У ситуації, коли стандарти ЕВМ пропонують один протокол, а пацієнт – літня особа з коморбідністю, низькою мотивацією до лікування і страхом перед госпіталізацією – лікар має спиратися не лише на «доказ», а й на інтерпретацію ситуації, діалог із пацієнтом, етичне міркування та особистий досвід. Усе це – компоненти методологічної матриці.

Висновок

Методологічна матриця в медицині не заперечує доказову медицину – вона її розширює і поглиблює. Вона дозволяє лікарю діяти в умовах невизначеності, поважати складність людського буття і уникати спрощення. Це перехід від медицини, зосередженої на даних, до мудрої медицини, в основі якої – цілісне розуміння людини, її тіла, душі, контексту і майбутнього.

4. Дискусія та інтерактивна частина

Сучасна медична освіта все більше акцентує не лише на передачі знань, а й на розвитку критичного мислення, філософської чутливості та рефлексивної практики. Після вивчення методологічної матриці як інтелектуального інструменту осмислення медицини, наступним кроком є її проживання у форматі дискусії та інтерактивної взаємодії.

Цей підрозділ пропонує серію запитань, кейсів та інтерактивних завдань, розроблених у дусі Сократівського діалогу, прикладного етики та методів, рекомендованих у публікаціях таких авторів, як Trisha Greenhalgh, Edmund Pellegrino, Nancy Cartwright, та Howard Brody (The Healer's Power, 1992).

4.1. Питання для дискусії з поясненнями

1. У чому сила і обмеження доказової медицини?

Переваги доказової медицини (evidence-based medicine, ЕВМ):

- ґрунтується на найкращих наукових даних, отриманих через систематичні дослідження, клінічні випробування, метааналізи;
- знижує ризик суб'єктивізму в діагностиці й лікуванні;
- дозволяє стандартизувати практику;
- підвищує ефективність і безпеку втручань;
- дає змогу порівнювати результати і будувати клінічні протоколи.

Обмеження доказової медицини:

- ігнорує індивідуальні особливості пацієнта – контекст, культуру, переконання, які не входять до RCT;
- не завжди враховує етичні чи ціннісні аспекти лікування (напр., якість життя проти тривалості);
- багато станів не мають достатньої доказової бази – особливо в рідкісних або хронічних випадках;
- дослідження можуть бути упередженими, комерційно заангажованими.

Отже, сила ЕВМ – в об'єктивності та науковості; обмеження – у її редукаціонізмі і недооцінці людини як цілісного суб'єкта.

2. Чи можлива медицина без філософського підґрунтя?

Формально – можлива. Але змістовно – ні.

Медицина завжди базується на певних онтологічних (що таке хвороба?), епістемологічних (як ми пізнаємо симптом?), етичних (що є добром для пацієнта?), герменевтичних (як інтерпретувати скарги?) і соціокультурних (що прийнятно в цій культурі?) припущеннях.

Філософія:

- дає рамку мислення для лікаря;
- допомагає уникнути механічного підходу до пацієнта;
- розкриває ціннісний і гуманістичний вимір медицини;
- дає змогу усвідомити межі знання та влади лікаря.

Без філософського мислення медицина стає технократичною, а лікар – оператором протоколів, а не помічником людини.

3. Яка головна мета лікаря у контексті методологічної матриці?

У контексті методологічної матриці головна мета лікаря – це цілісне служіння здоров'ю пацієнта шляхом поєднання:

- наукового знання (епістемологічний рівень);
- розуміння пацієнта як особистості (герменевтичний);
- моральної відповідальності за рішення (етичний);
- урахування культурного й соціального контексту (соціокультурний);
- спирання на розуміння природи здоров'я та хвороби (онтологічний).

Це не просто лікування хвороби, а допомога людині в її життєвій ситуації, що виходить за межі біомедичних параметрів.

4. Який компонент матриці – епістемологічний, етичний, герменевтичний чи соціокультурний – зазвичай найменш представлений у клінічній практиці?

Найменш представлений часто буває герменевтичний рівень, хоча він надзвичайно важливий.

Причини недооцінювання герменевтичного рівня:

- через домінування доказової та протокольної медицини, де головним є «що лікувати», а не «що це означає для пацієнта»;
- бракує часу на глибинну бесіду з пацієнтом, щоб зрозуміти його досвід, страхи, надії;
- не завжди в навчанні робиться акцент на комунікативну емпатію та інтерпретацію смислів.

Натомість саме герменевтичний підхід дозволяє лікарю не лише «почути», але й «зрозуміти» пацієнта – у його власному життєвому контексті.

5. Чи є клінічна інтуїція доказом? Як її можна «вбудувати» в методологічну матрицю?

Клінічна інтуїція – це не «доказ» у класичному сенсі ЕВМ, але це форма досвідного знання, яка базується на:

- спостереженнях;
- повторюваних шаблонах;
- несвідомій обробці складних сигналів;
- професійній чутливості до нюансів.

Її можна вбудувати в методологічну матрицю як:

- герменевтичний компонент – інтуїція як спосіб інтерпретації «невловимого»;
 - епістемологічний – як форма так званого tacit knowledge (мовчазного знання);
 - етичний – бо інтуїція часто активізується тоді, коли йдеться про ризики для пацієнта;
 - соціокультурний – через розуміння невербальних знаків, притаманних певній групі.
- Інтуїцію варто доповнювати рефлексією та перевіряти за допомогою досліджень, але відкидати її повністю – помилково. Вона – частина «мудрості клінічної практики».

4.2. Аналіз клінічно-філософських кейсів

Кейс 1. Пацієнтка 78 років, з поліорганною недостатністю, відмовляється від інтенсивної терапії. Родина наполягає на продовженні лікування. Ваша доказова база вказує на дуже низький шанс на виживання.

Завдання з поясненнями:

1. Які методологічні рівні методологічної матриці тут актуалізуються?

У цьому кейсі актуалізуються ключові моменти в діях лікаря:

– *Епістемологічний рівень.* Ви як лікар маєте клінічні дані, які свідчать про дуже низький шанс на виживання. Це знання базується на доказовій медицині — результатах досліджень, настановах, прогнозах. Це Ваш інструмент для раціонального аналізу.

– *Етичний рівень.* В центрі ситуації – вибір між автономією пацієнтки та очікуваннями родини. Тут виникає моральне питання: Хто має право вирішувати? Чи маємо ми моральне зобов'язання дотриматись волі пацієнтки?

– *Герменевтичний рівень.* Потребує інтерпретації того, що саме означає відмова пацієнтки. Чи це раціональне рішення, чи страх, чи втрачена надія? Чи є пацієнтка у свідомості? Чи здатна вона адекватно комунікувати? Герменевтика тут – ключ до глибшого розуміння її позиції.

– *Соціокультурний рівень.* Важливо розуміти сімейну динаміку, уявлення родини про обов'язок і життя, культурні переконання про смерть, страждання, цінність продовження життя. Також важлива ваша власна культура клінічної практики.

– *Онтологічний рівень.* Питання – що вважається «життям» у цьому випадку? Чи є біологічне існування без свідомості цінністю? Тут – глибока філософська оцінка межі між підтримкою життя і продовженням страждання.

2. Яку роль відіграють: клінічна етика, герменевтика (інтерпретація бажань пацієнтки), соціальний контекст?

У цьому кейсі актуалізуються ключові моменти в діях лікаря:

Клінічна етика:

– є головним інструментом у вирішенні конфлікту між автономією пацієнтки, очікуваннями родини та обов'язком лікаря;

– ключовий етичний принцип тут – принцип поваги до автономії. Якщо пацієнтка при свідомості й у змозі ухвалювати рішення, її воля повинна мати пріоритет;

– інші принципи: справедливість, милосердя, не нашкодь.

Герменевтика (інтерпретація бажань пацієнтки):

– ви маєте не просто «прийняти» її слова, а спробувати зрозуміти, що за ними стоїть;

– важливо врахувати: її досвід хвороби, біль, страх перед інвазивним лікуванням, моральні переконання;

– потрібен чутливий діалог: «Що для Вас означає гідна смерть?», «Що Вас найбільше турбує зараз?» Це допоможе краще інтерпретувати її бажання у контексті життя, а не тільки у контексті смерті.

Соціальний контекст:

– може пояснити позицію родини: почуття провини, культурна установка «боротись до кінця», економічні ресурси, релігійні переконання;

– важливо вести діалог не тільки з пацієнткою, а й із родиною, пояснюючи ситуацію, не звинувачуючи, але створюючи простір для розуміння волі пацієнтки.

3. Як прийняти рішення, яке збереже гідність пацієнтки і врахує наявні клінічні докази?

Рішення має бути мультимісним і етично зваженим, за участю пацієнтки, родини та медичної команди. Можлива стратегія:

1. Верифікувати бажання пацієнтки:

– Чи вона усвідомлює ситуацію?

– Чи її рішення є сталим, виваженим, а не імпульсивним?

– Можна зафіксувати волю письмово або за участі третьої особи (психолог, медичний етичний консультант).

2. Провести сімейну нараду:

– пояснити клінічну ситуацію (чесно, доступно);

– наголосити, що відмова від інтенсивної терапії – це не відмова від допомоги, а перехід до паліативної підтримки;

– залучити психолога або етичну службу, якщо є.

3. Побудувати паліативний план дій:

– забезпечити симптоматичне лікування, комфорт, духовну підтримку;

– можливо, дати родині участь у догляді – це зменшує їхнє почуття безсилля.

4. Підкреслити гідність пацієнтки:

– рішення має бути спрямоване на збереження людяності, контролю, сенсу навіть на фінальному етапі життя;

– не боротись «за життя будь-якою ціною», а визнати межі медицини і силу гідного прощання.

Висновок.

Цей кейс – не лише про доказову медицину, а про глибоке філософське, етичне та людське осмислення меж життя й медицини. Методологічна

матриця тут допомагає побачити не просто клінічну ситуацію, а людину – у її цілісності, автономії та гідності.

Це завдання дозволяє застосувати філософські концепти до реальних дилем, наближаючи лікаря до концепції «рефлексивного практика» (Donald Schön, *The Reflective Practitioner*, 1983).

Кейс 2. Пацієнтка 59 років, пережила тяжку онкологічну операцію. Прогноз згідно з протоколом – рекомендована хіміотерапія. Але пацієнтка розповідає, що вже втратила якість життя й боїться повторного страждання. Вона не хоче продовження лікування, попри наявність шансів.

Завдання:

1. *Чи має лікар переконувати пацієнтку погодитися на лікування, якщо за доказовими критеріями воно продовжує життя?*

У цьому кейсі актуалізуються ключові моменти в діях лікаря:

– *збір об'єктивних даних.* Лікар має клінічні дані про показання до хіміотерапії, ефективність якої підтверджена. Лікар повинен оцінити безпеку хіміотерапії з врахуванням токсичності та побічних ефектів (епістемологічна площина);

– *врахування наративу пацієнта.* Пацієнтка описує страх, втрату сенсу та втому. Цінність для неї – якість життя, а не його тривалість (феноменологічна площина – за Н. Carel);

– *балансування рішень.* Лікар має врахувати переваги лікування без порушення права на прийняття рішення пацієнтом. Переконування без емоційної чутливості може стати причиною порушення довіри (етична площина – за Pellegrino, Ricoeur).

2. *Як включити суб'єктивний досвід пацієнтки у процес прийняття клінічного рішення?*

У цьому кейсі актуалізуються ключові моменти в діях лікаря:

– *активне слухання.* Важливо дати простір для опису досвіду лікування, уявлень про майбутнє пацієнта за методикою наративної медицини (Charon) (феноменологічна площина);

– *герменевтичне розуміння.* Бажано перекласти наратив у клінічну площину: пацієнтка не просто боїться – вона не бачить сенсу в житті після лікування (герменевтична площина – Ricoeur);

– *спільне ухвалення рішення.* Обговорити альтернативні методи лікування: паліативна підтримка, психотерапія. Поважати суб'єктивний сенс, а не лише клінічний прогноз (соціальна і практична площини матриці).

3. *Чи можливо поєднати клінічну доказовість і цінності пацієнта в одному алгоритмі прийняття рішення?*

У цьому кейсі актуалізуються ключові моменти в діях лікаря:

– *визначення «гібридної реальності лікування».* За Annemarie Mol, лікування – не просто технічне рішення, а «логіка турботи», що включає цінності (соціально-практична площина);

– *когнітивно-емпатичний діалог*. Перейти від інформування до «етичного партнерства». Вирішити: що для пацієнта краще в його сенсі, а не лише за шкалою виживання (етична площина);

– *документування й юридична підтримка*. Спільно прийняте рішення (наприклад, про відмову від хімієтерапії) має бути юридично закріплене (правова площина в контексті методологічної матриці).

Висновки:

1. Методологічна матриця передбачає інтеграцію клінічного і людського виміру. Суб'єктивний досвід – не перешкода, а ресурс прийняття етично обґрунтованого рішення.

2. Матриця вимагає поєднання епістемологічного (дані) з феноменологічним (переживання) та етичним (гідність). Лікар може навести дані, але не повинен нав'язувати рішення. Клінічна доказовість – необхідна, але не достатня.

3. Ідея «одного правильного рішення» є редукціоністською. Методологічна матриця дає змогу створити багатопланову відповідь, що включає знання, досвід, цінності, контекст і відповідальність.

Кейс 3. До лікарні надходить 42-річний пацієнт із неспецифічними неврологічними симптомами. Алгоритм на базі штучного інтелекту пропонує діагноз «розсіяний склероз». Проте досвідчений клініцист сумнівається, бо клінічна картина не повністю відповідає типовим проявам. Пацієнт наполягає на діагнозі штучного інтелекту, бо «алгоритми не помиляються».

Завдання:

1. *Чи має лікар дотримуватися рекомендації алгоритму, якщо його клінічний досвід суперечить цьому висновку?*

У цьому кейсі актуалізуються ключові моменти в діях лікаря:

– *Епістемологічна оцінка*. Алгоритм ґрунтується на статистичній обробці даних, але не враховує нюансів конкретного випадку. Клінічне мислення лікаря оперує аналогіями, інтуїцією та патернами.

– *Конфлікт методів знання*. Медицина перебуває між двома типами знання: техно-науковим (алгоритм) і герменевтичним (клінічне розуміння). За Trisha Greenhalgh, жива практика не зводиться тільки до обчислювальної машини, комп'ютера чи іншої технології.

– *Етична відповідальність лікаря*. Відповідальність за діагноз і лікування – на лікарів, не на систему. За Riscoeur, діяльність лікаря вимагає етичної відповіді, а не лише технічної адекватності.

2. *Як обґрунтувати пацієнту відхилення від рішення штучного інтелекту?*

У цьому кейсі актуалізуються ключові моменти в діях лікаря:

– *Визнання легітимності пацієнтської довіри до технології*. У сучасному світі технології часто здаються «більш точними». Це елемент соціальної уяви (Ian Hacking).

– *Пояснення меж алгоритмів*. Штучний інтелект – потужний інструмент, але не всесильний. Штучний інтелект не має повноти даних,

жоден алгоритм не враховує весь контекст. За Annemarie Mol, медична реальність – множинна і пластична.

– *Побудова діалогу на основі довіри.* Ключ успіху діалогу для лікаря – не «переконати», а *почути тривогу* пацієнта та розділити відповідальність.

– Це вимагає *герменевтичного повороту* в комунікації.

3. *Чи можна інтегрувати штучний інтелект у клінічну практику так, щоб не втратити суб'єктність лікаря?*

У цьому кейсі актуалізуються ключові моменти в діях лікаря:

– *Переведення штучного інтелекту у статус «допоміжного інструменту».* Як стетоскоп чи МРТ – не авторитет, а ресурс.

– *Утвердження клініциста як суб'єкта судження.* Рішення ухвалює не алгоритм, а моральна особа. За Pellegrino, клініцист – це моральний агент, а не оператор систем.

– *Створення політики «етики взаємодії зі штучним інтелектом».* Необхідна нова методологічна культура, де штучний інтелект включено у матрицю клінічного мислення, але не підмінює її.

Висновки:

1. Лікар не повинен бути зведений до додатку до алгоритму. Методологічна матриця дозволяє побачити, що алгоритм – це засіб, а не суддя.

2. Методологічна матриця допомагає інтегрувати технологічні інструменти у простір етики, клінічного досвіду та феноменології довіри.

3. Штучний інтелект не заперечує лікаря – він перевіряє межі його мислення. Але саме лікар створює людський вимір рішення. Методологічна матриця зберігає пріоритет особистості.

Кейс 4. 6-річна дитина з невиліковною нейродегенеративною хворобою перебуває у термінальній стадії. Батьки хочуть припинити всі втручання, лікарі вважають за доцільне продовжити базову терапію, а органи опіки втручаються через «загрозу життю».

Завдання:

1. *Хто має етичне право приймати рішення про припинення лікування: батьки, лікар чи держава?*

У цьому кейсі актуалізуються ключові моменти в діях лікаря:

– *Онтологія суб'єкта.* Дитина ще не має автономії; батьки — носії «заступницької» суб'єктності (Beauchamp & Childress).

– *Медична парадигма.* Лікарі мислять крізь біомедичну призму життя як біологічного факту.

– *Соціальний вимір.* Держава втручається як «гарант інтересів дитини».

2. *Як лікареві діяти, коли його клінічне рішення суперечить волі батьків?*

– *Етичний імператив.* «Не нашкодь» не означає «продовжуй лікувати будь-якою ціною».

– *Феноменологія страждання.* Як підкреслює Toombs, досвід страждання – не лише фізичний, а й екзистенційний.

– *Комунікативна дія*. Рішення має ґрунтуватися на діалозі, а не авторитеті.

3. *Чи є межа медичного обов'язку «рятувати»?*

У цьому кейсі актуалізуються ключові моменти в діях лікаря:

– *Поняття «пропорційності лікування»*: Не все лікування є обґрунтованим (Catholic bioethics, Jonsen et al.).

– *Онтологія смерті*: Визнання смерті не як поразки, а як частини буття (Heidegger, Cassell).

Висновки:

1. Методологічна матриця розкриває багаторівневий конфлікт – між біоетикою, правом і герменевтикою страждання. Потрібна процедура медіації, а не просте делегування рішень.

2. Лікар – учасник трикутника відповідальностей: клініка, етика, культура. Методологічна матриця вказує, що правильне рішення – не механічне, а контекстуально виправдане.

3. Матриця показує, що обов'язок лікаря – не лише продовжити життя, а й допомогти гідно завершити його.

Кейс 5: Пацієнтка потрапляє до лікарні після ДТП. У стабільному стані, але під впливом психологічного шоку. Їй пропонують високоризикову операцію, від якої вона письмово відмовляється. Через добу – погіршення, вона втрачає свідомість. Родичі вимагають провести операцію.

Завдання:

1. *Чи була відмова від операції справді «інформованим» рішенням?*

У цьому кейсі актуалізуються ключові моменти в діях лікаря:

– *Філософія автономії*. Формальний акт не завжди є змістовною згодою (O'Neill).

– *Стан афекту*. Вразливість, шок – це нераціональні умови для згоди.

– *Потреба «прояснення інтенції»*, а саме глибинного розуміння внутрішньої мотивації, переконань, цінностей та волі пацієнтки, коли вона відмовилася від операції. Інтенція – це не просто дія або рішення, а усвідомлене прагнення до певного результату, що ґрунтується на системі цінностей, уявлень про себе, інших та світ. У випадку пацієнтки – це може бути: страх перед операцією, релігійні переконання, глибоке небажання втратити контроль над тілом, або ж – наслідок психологічного шоку, що вплинув на її здатність ухвалювати зважене рішення. Прояснити інтенцію можливо при глибокому розумінні етичного підґрунтя, медичної етики у екзистенціальному та комунікативному вимірі методологічної матриці. Відмова від медичної допомоги, підписана у стані афекту або когнітивного порушення, може бути юридично оскаржена. Лікар має оцінити, чи була інтенція стабільною і сталостійкою, а не імпульсивною реакцією.

2. *Чи етично втручатися без нової згоди пацієнта, що втратив свідомість?*

У цьому кейсі актуалізуються ключові моменти в діях лікаря:

– *Принцип пріоритетів.* В критичних випадках втручання без згоди дозволене.

– *Екзистенційна довіра.* Підміна вибору – можлива, якщо виходить з очікувань добра.

– *Клінічне передбачення* відіграє ключову роль у прийнятті рішень в умовах невизначеності, коли пацієнтка вже не здатна висловити свою волю. Клінічне передбачення полягає в визначенні динаміки стану, прогнозуванні наслідків відмови від операції, передбачення ймовірності виживання і якості життя після втручання чи без нього, ступінь функціонального відновлення тощо. У разі втрати свідомості пацієнтки саме клінічне передбачення в поєднанні з волею родичів може слугувати обґрунтуванням для операції. Воно також допомагає морально виправдати дії лікаря, навіть якщо наслідки виявляться несприятливими.

3. Як уникнути повторення таких ситуацій у майбутньому?

У цьому кейсі актуалізуються ключові моменти в діях лікаря:

– *Планування алгоритмів прийняття рішень у складних ситуаціях* – елемент методологічного мислення.

– *Потреба етичної освіти щодо «згоди в контексті».*

– *Зміна парадигми з «формального документа» на «модель відносин».*

Висновки.

1. Методологічна матриця показує, що «форма» не гарантує субстанції згоди. Згода – це процес, а не лише підпис. Справжня згода – це не папір, а діалог і розуміння.

2. Матриця дозволяє легітимізувати рішення, засновані на етичній інтуїції, коли автономія тимчасово втрачається.

Кейс 6: Пацієнт з онкологічним захворюванням на IV стадії вимагає повного інтенсивного лікування, незважаючи на прогнози. Лікар впевнений, що це марно й завдасть страждань.

Завдання:

1. Чи етично продовжувати лікування, що не матиме ефекту, але «заспокоїть» пацієнта?

У цьому кейсі актуалізуються ключові моменти в діях лікаря:

– *Ритуал медицини* – це культурно та психологічно вагомий компонент лікувального процесу, який створює простір взаємної довіри між лікарем і пацієнтом; надає сенс діям, навіть коли їхня ефективність сумнівна; допомагає людині зустрітись з екзистенційними реаліями (страх смерті, втрата контролю, біль, прощання). Це прагнення пацієнта – не лише про надію, а й про потребу ритуального супроводу в переході до смерті. Лікування в такому випадку може передбачати збереження гідності, захист від відчаю, впорядкування життя до кінця. Для лікаря ритуал може означати етичне напруження – між професійним обов'язком «не шкодити» та людським обов'язком бути з пацієнтом до кінця, не порушуючи надії.

– *Психоекзистенційна функція медичного втручання.* Інтенсивна терапія в цьому разі – не лише «боротьба зі смертю», а спосіб психологічного

опору безсенсовності. Відмова лікаря від лікування без врахування цієї функції може сприйматись як зрада або приниження. Якщо інтенсивна терапія є шкідливою, слід знайти інші способи реалізації психоекзистенційної підтримки через гідну паліативну допомогу, відкриту комунікацію, залучення родини, духовної або психологічної підтримки.

2. Як розмовляти з пацієнтом, який відмовляється визнати безнадійність?

У цьому кейсі актуалізуються ключові моменти в діях лікаря:

– *Феномен заперечення* – це психологічний захист, за допомогою якого людина відмовляється визнавати болісну або загрозливу реальність, щоб зберегти психічну рівновагу. Це може свідчити про заперечення смертельного діагнозу, заперечення невідворотності смерті, заперечення меж медицини. Заперечення не слід трактувати як неосвіченість або впертість, а як глибоко людську реакцію. Завдання лікаря – визнати феномен заперечення і зберігати емпатійний, делікатний діалог, не руйнуючи захисту, поки пацієнт не буде готовий. Варто відкривати інші смислові рамки лікування: зосередження не на «перемозі над раком», а на гідному житті до кінця, на підтримці, полегшенні, присутності.

– *Емпатія, а не інформування як основа розмови*. Постає потреба не просто в інформуванні, а в емпатійному супроводі пацієнта. Це ключова різниця, яка визначає якість спілкування в ситуаціях, де йдеться не стільки про вибір лікувальної тактики, скільки про зустріч зі смертю, безсиллям, страхом та надією. Емпатія дозволяє лікарю починати не з «істини», а з присутності. Поступово вести до прийняття реальності, а не змушувати до нього.

3. Коли відмова від лікування – етика, а не байдужість?

У цьому кейсі актуалізуються ключові моменти в діях лікаря:

– *Пропорційність і ненасильство* мають принципове значення для осмислення меж медичного втручання та моральної відповідальності лікаря. Пропорційність у медицині – це етичний принцип, згідно з яким інтенсивність, масштаб і ризики втручання повинні відповідати очікуваній користі для пацієнта. Тяжка терапія в термінальній стадії, яка лише продовжує процес вмирання, може бути непропорційною, якщо вона не знижує страждання, істотно не подовжує життя, не поліпшує якість життя. Лікар повинен поважати право пацієнта на гідне завершення життя. Пропорційним і ненасильницьким у такому випадку буде запропонувати паліативну допомогу; підтримати екзистенційно; вести діалог з пацієнтом не в площині технічного лікування, а в площині цінностей і гідності.

– *Роль лікаря – не реалізовувати всі бажання, а надавати змістовний супровід*.

Висновки:

1. Заперечення – це форма психологічного виживання в ситуації смертельної загрози. Лікар, який розуміє цей феномен, не конфліктує з пацієнтом, а супроводжує його, допомагаючи поступово перейти від ілюзії до прийняття – не через примус, а через довіру, співчуття і підтримку. Примус

до «реалістичної» поведінки без поваги до захисних механізмів може бути формою насилля над внутрішнім світом людини. Матриця показує, що «ефективність» не завжди головна категорія.

2. Психоекзистенційна функція медичного втручання – це спосіб утримати сенс і гідність у момент найбільшої вразливості. Навіть якщо лікування не подовжує життя, воно може надавати пацієнту внутрішню опору.

3. В етичному вимірі медична етика не в тому, щоб «сказати правду», а в тому, як її сказати, коли і навіщо. Людина в смертельній ситуації хоче не факту, а смислу. Емпатія – це міст від фактів до смислу.

4. Пропорційність і ненасильство – це межі морально допустимого в медичній дії. У ситуаціях невиліковної хвороби вони стають критеріями гідного лікування.

Кейс 7: 42-річний пацієнт, Свідок Єгови, потрапляє до лікарні з тяжкою кровотечею після ДТП. Він у свідомості, категорично відмовляється від переливання крові. Без цього втручання він помре.

Завдання:

1. *Чи має лікар етичне право ігнорувати релігійну заборону пацієнта, щоб урятувати його життя?*

У цьому кейсі актуалізуються ключові моменти в діях лікаря:

– *Автономія як основа сучасної біоетики* означає право людини відмовитися від медичного втручання, навіть якщо це загрожує її життю. Лікар зобов'язаний поважати усвідомлене рішення пацієнта, визнавати, що особа — суб'єкт, а не об'єкт медичного втручання. Пацієнт як Свідок Єгови має релігійну ідентичність, для якої відмова від переливання крові є священним принципом, навіть якщо йдеться про загрозу життю. Враховуючи те, що пацієнт у свідомості, дає чітку і послідовну відмову, тобто реалізує право автономного самовизначення, лікар повинен розуміти, що переливання препаратів крові проти волі пацієнта буде порушенням автономії, медичним і моральним насильством. Якщо пацієнт у свідомості, дієздатний і чітко відмовляється – його автономію слід поважати. Лікаря важливо задокументувати відмову, переконатися в її усвідомленості. У разі порушення автономії втрачається довіра до медицини, особливо в релігійних спільнотах.

– *Ліміт позитивного обов'язку лікаря: допомога можлива лише за згодою.* Моральною напругою є те, що лікар знає, що може врятувати життя. Але також лікар повинен поважати індивідуальний вибір. Дії без згоди – це медичне насильство, навіть із благими намірами. Це порушення автономії та професійної етики. Таким чином, обов'язок допомагати має етичну межу – без згоди це вже не допомога, а порушення. У ситуації з пацієнтом, який відмовляється від лікування, лікар досягає межі своєї медичної і моральної відповідальності. Далі – не втручання, а повага. Це і є прояв етичної зрілості медицини, яка не тільки лікує тіло, а й визнає свободу духу.

– *Онтологія віри: релігійні переконання – частина ідентичності.* Лікарю важливо зрозуміти, що відмова пацієнта від переливання крові – це не просто рішення на основі інформації чи страху. Це прояв глибокої онтологічної позиції, яка вкорінена в його віру, а отже – в саму його ідентичність. Не можна ставитись до релігійних переконань як до "перешкоди лікуванню". Неетично намагатись переконати пацієнта, нехтуючи суттю його віри. Лікар має бачити перед собою не просто "носія тіла", а людину, чия віра – це фундаментальна частина її буття. У комунікативному вимірі лікар має не переконувати, а слухати і виявляти повагу до системи цінностей пацієнта.

2. Що робити, якщо родичі просять врятувати пацієнта всупереч його рішенням?

У цьому кейсі актуалізуються ключові моменти в діях лікаря:

– *Пацієнтська автономія превалює над волею родини.* У ситуації, коли пацієнт у свідомості, дієздатний, висловлює чітку і послідовну відмову, жодна інша особа, навіть найближчі родичі, не має права скасувати або ігнорувати це рішення. Родина може висловлювати свою думку, але вона не є джерелом рішень. Лікар не може ставити волю родичів понад волю пацієнта, не має морального права зрадити автономію хворого. У правовому вимірі згідно законів більшості країн чітко встановлено, що лише пацієнт має право приймати рішення, якщо він дієздатний. У праксеологічному вимірі лікар має діяти згідно з волею пацієнта, навіть якщо вона важка або неприйнятна для інших.

– *Комунікативна відповідальність* є ключовим етичним завданням лікаря, яке передбачає не лише інформування, а й пояснення всім учасникам ситуації (пацієнту, родині, команді), де закінчується дія лікаря, тобто межі його професійної, етичної та правової відповідальності. Якщо чітко відмовляється від переливання крові, лікар має переконатись, що це усвідомлена, вільна та інформована відмова. Після цього лікар не має права діяти всупереч цій волі; але має обов'язок пояснити родині, чому він не буде рятувати ціною порушення гідності і свободи пацієнта. У правовому вимірі лікар пояснює, що порушення волі дієздатного пацієнта є протиправним і неприйнятним навіть під тиском.

– *Залучення комісії з медичної етики як частини процесуальної етики.* Етичний Комітет не вирішує замість лікаря, але легітимізує складне рішення, засвідчуючи, що воно обґрунтоване; дає моральну підтримку фахівцю; дозволяє врахувати не лише клінічні, а й культурні, релігійні, соціальні аспекти ситуації. Родина отримує сигнал, що рішення: не є одноосібним і свавільним, прийняте з урахуванням етичних стандартів, має системну, а не лише особисту підставу. У правовому і організаційному вимірах – це інституційний механізм захисту лікаря від юридичних та емоційних звинувачень.

3. Як діяти лікареві, що морально не приймає смерть «через переконання»?

У цьому кейсі актуалізуються ключові моменти в діях лікаря:

– *Моральна втома лікаря* виникає тоді, коли лікар знає, що міг би врятувати пацієнта, має для цього засоби й знання – але не має морального чи правового дозволу діяти, бо повинен поважати автономну відмову хворого. У результаті лікар має гостре моральне напруження, яке може мати такі наслідки: емоційне виснаження, почуття провини або сумніву, професійне вигорання, внутрішній конфлікт між співчуттям і етичною межовістю. Ігнорування моральної втоми призводить до професійного відчуження, емоційної загрубілості або цинізму, втрати сенсу професії. У екзистенційному вимірі лікар перебуває на межі дії та недії, життя й смерті, відповідальності й меж – і це глибоко особистісне переживання. У праксеологічному вимірі лікар змушений не діяти, що йде врозріз із фундаментальною установкою медицини – рятувати.

– *Потреба інституційного захисту лікарів у конфліктних ситуаціях* виникає для забезпечення правової безпеки. Навіть за законної відмови пацієнта лікар може стати об'єктом скарг родичів, медійного тиску, перевірок з боку адміністрації або юрисдикційних органів. Щоб легітимізувати дії в межах етики й права, залучається етичний комітет, застосовуються внутрішні протоколи та приймаються колегіальні рішення, що створює процесуальну прозорість та демонструє відповідальність у прийнятті рішення. У правовому вимірі захист має бути не лише внутрішнім моральним переконанням, а формальною структурою, що гарантує лікарю підтримку при дотриманні стандартів. У Комунікативному вимірі захищений лікар – це впевнений лікар, який може пояснювати, не боячись наслідків. В етичному вимірі – лікар не повинен бути моральною "жертвою" системи, що покладає на нього тягар рішень, але не дає механізмів підтримки. У екзистенційному вимірі – це захист не тільки фахівця, а людини в ролі лікаря, яка також має гідність, межі та потребує опори.

Висновки:

1. В екзистенційному вимірі для пацієнта важливо не просто вижити, а жити згідно зі своїми переконаннями, навіть якщо це веде до смерті. Лікар виявляє свою зрілість і гуманність тоді, коли здатен поважати вибір, навіть якщо не збігається з його цінностями, але впливає з гідності іншої особи.

2. В етичному вимірі лікар обмежений у своїй діях цінностями самого пацієнта, а не лише медичними показами.

3. У правомірному вимірі згода пацієнта – це юридична і моральна умова будь-якого втручання.

4. Онтологія віри означає, що релігійні переконання – це глибинна частина людської ідентичності. Лікар не може і не повинен "рятувати тіло", якщо це знищує гідність і цілісність особистості.

5. У сучасній етичній і правовій медицині автономія дієздатного пацієнта – це найвища форма легітимності рішень. Родина не може її скасувати чи обійти.

6. Комунікативною відповідальністю лікаря є пояснення межі: де закінчується медицина, коли починається гідність. Це – не слабкість медицини, а її етична сила.

7. Моральна втома лікаря – це тіньова ціна етичної медицини. У таких випадках надзвичайно важливо мати простір для етичної рефлексії, отримати підтримку від колег, етичного комітету, психоемоційних сервісів. Це допоможе зберегти не лише професійність, а й людяність лікаря.

8. Медична етика – це не лише відповідальність, а й захист. Лікар, який приймає складне, але правомірне рішення, повинен мати законну рамку, що його захищає, інституційну підтримку, що підтверджує його моральну правоту. Це не лише про захист лікаря – це про довіру до медицини як системи, яка вміє приймати складні рішення не з позиції страху, а з позиції гідності.

4.3. Інтерактивне завдання: побудуй свою матрицю.

Завдання: створення власної методологічної матриці конкретної клінічної ситуації. Вона має включати:

- концепт здоров'я/хвороби у цьому випадку;
- джерела знань, що використовуються (дані, досвід, свідчення пацієнта);
- етичні дилеми;
- соціальні/інституційні впливи;
- особисту клінічну інтуїцію.

Приклад методологічної матриці на основі кейсу про пацієнтку 78 років із поліорганною недостатністю, яка відмовляється від інтенсивної терапії, в той час як родина наполягає на лікуванні, а клінічні докази свідчать про вкрай низький шанс на виживання.

Таблиця 1

Методологічна матриця

Рівень	Ключове питання	Аналіз у контексті кейсу
Онтологічний	Що є сутністю хвороби, життя, смерті в цій ситуації?	Постає питання: чи є життя в умовах повної залежності від апаратів і страждання – повноцінним? Хвороба перетворює тіло на об'єкт лікування – але пацієнтка – суб'єкт.
Епістемологічний	Що ми знаємо про клінічний стан пацієнтки? Наскільки достовірні наші знання?	Прогноз базується на доказах: мультиорганна недостатність, старечий вік, низький шанс на виживання. Всі дані свідчать про неефективність інтенсивної терапії.
Герменевтичний	Як ми тлумачимо слова й позицію пацієнтки?	Відмова пацієнтки – це її спосіб зберегти контроль, висловити втомленість, гідність. Завдання лікаря – глибоко зрозуміти її наміри та внутрішній стан.
Етичний	Що є добром у цій ситуації? Як узгодити моральні обов'язки перед пацієнткою та родиною?	Принципи автономії, гідності, «не нашкодь». Дилема між «боротися» і «дати піти з гідністю». Не можна ігнорувати волю пацієнтки, навіть якщо родина не згодна.
Соціокультурний	Які культурні цінності впливають на ситуацію? Як	Родина може керуватись традиційними або релігійними уявленнями про «обов'язок боротися». Можливо, вони не готові

	родина бачить "правильне" рішення?	відпустити. Треба м'який, культурно чутливий діалог.
--	--	---

Висновок

Інтерактивна робота з методологічною матрицею перетворює філософію медицини з абстрактної дисципліни у життєвий інструмент, що сприяє кращим клінічним рішенням, етичній чутливості та особистісному росту лікаря. Через філософський діалог, обговорення дилем, спільну побудову моделей мислення лікар здобуває новий тип знання: мудрість дії у складному світі медицини.

Список використаних джерел

- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Canguilhem, G. (1991). *The Normal and the Pathological*. New York: Zone Books.
- Cassell, E. (2004). *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. Oxford University Press.
- Foucault, M. (1994). *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. New York: Vintage.
- Gadamer, H.-G. (1996). *The Enigma of Health: The Art of Healing in a Scientific Age*. Stanford University Press.
- Greenhalgh, T. (2019). *How to Read a Paper: The Basics of Evidence-Based Medicine and Healthcare*. Wiley-Blackwell.
- Hacking, I. (1999). *The Social Construction of What?* Harvard University Press.
- Kuhn, T. S. (1962). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Pellegrino, Edmund D., Thomasma, David C. (1981). *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*. Oxford University Press.
- Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical Investigations*. Oxford: Blackwell.