

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

Утюж І.Г., Денисенко В.В., Самура Б.Б., Бєленічєв І.Ф., Горчакова Н.О.,
Бухтіярова Н.В. , Сепетий Д.П., Алієва О.Г., Демянюк М.С.

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ФІЛОСОФІЇ МЕДИЦИНИ

Монографія

За загальною редакцією І.Г.Утюж

Дніпро
Журфонд
2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ФІЛОСОФІЯ МЕДИЦИНИ: СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКИЙ АСПЕКТ.....	5
1.1. Вступ до філософії медицини: філософська картина світу та медицина.....	5
1.2. Актуальні проблеми філософії медицини: соціально-філософський аналіз.....	29
1.3. Політизація тілесності: біополітична концепція та її трансформація в ХХІ ст.....	54
РОЗДІЛ 2. ЕПІСТЕМОЛОГІЧНИЙ ДИСКУРС ФІЛОСОФІЇ МЕДИЦИНИ.....	84
2.1. Методологічна матриця в медицині: теоретико-практична мудрість клініциста.....	84
2.2. Фармацевтичні та етико-правові аспекти токсикологічних досліджень: вибір між інформативністю та гуманністю.....	106
РОЗДІЛ 3. ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ В МЕДИЦИНІ ТА БІОЕТИЦІ.....	136
3.1. Теорії персональної ідентичності як призми розгляду біоетичної проблематики.....	136
3.2. Філософські та етичні питання медико-біологічних досліджень.....	162
3.3. Пацієнт як суб'єкт гідності: дестигматизація онкохвороби в клінічному дискурсі та освітній парадигмі медицини.....	196
Відомості про авторів.....	216

Williams, K., Johnson, M. H. (2020). Adapting the 14-day rule for embryo research to encompass evolving technologies. *Reprod Biomed Soc Online*, 10, 1–9. DOI: 10.1016/j.rbms.2019.12.002.

World Health Organization. Human Genome Editing: A Framework for Governance. Geneva: WHO Press. 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030060>.

Writing Group of the ESHRE Ethics Committee; Pennings, G., Dondorp, W., Popovic, M., Chuva de Sousa Lopes, S., Mertes, H. (2024). Ethical considerations on the moral status of the embryo and embryo-like structures. *Human Reproduction*, Nov 1, 39(11), 2387–2391. doi: 10.1093/humrep/deae228.

Wu, J., Fu, J. (2024). Toward developing human organs via embryo models and chimeras. *Cell.*, 187(13), 3194–3219. DOI: 10.1016/j.cell.2024.05.027.

Yang, X., Zhou, J., He, J. та ін. (2018). An Immune System-Modified Rat Model for Human Stem Cell Transplantation Research. *Stem Cell Reports*, 11(2), 514–521. DOI: 10.1016/j.stemcr.2018.06.004.

Yao, Q., Cheng, S., Pan, Q., Yu, J., Cao, G., Li, L., Cao, H. (2024). Organoids: development and applications in disease models, drug discovery, precision medicine, and regenerative medicine. *MedComm.*, 5(10), e735. DOI: 10.1002/mco2.735.

Zaami, S., Orrico, A., Signore, F., Cavaliere, A. F., Mazzi, M., Marinelli, E. (2021). Ethical, Legal and Social Issues (ELSI) Associated with Non-Invasive Prenatal Testing: Reflections on the Evolution of Prenatal Diagnosis and Procreative Choices. *Genes*, 12(2), 204. <https://doi.org/10.3390/genes12020204>.

Zakrzewski, W., Dobrzyński, M., Szymonowicz, M., et al. (2019). Stem cells: past, present, and future. *Stem Cell Res Ther.*, 10, 68. <https://doi.org/10.1186/s13287-019-1165-5>.

Zhang, B., Li, H., Hu, Z. та ін. (2021). Generation of mouse–human chimeric embryos. *Nat Protoc.*, 16, 3954–3980. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41596-021-00565-7>.

Zheng, Y., Xue, X., Shao, Y. та ін. (2019). Controlled modelling of human epiblast and amnion development using stem cells. *Nature*, 573, 421–425. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1535-2>.

3.3. Пацієнт як суб'єкт гідності: дестигматизація онкохвороби в клінічному дискурсі та освітній парадигмі медицини*

Вступ. У ХХІ столітті медицина досягла технологічної досконалості, яку ще кілька десятиліть тому важко було навіть уявити: генно-інженерні препарати, таргетна терапія, біоінформатика, персоналізовані протоколи. Однак за цією захопленістю технічним прогресом часто губиться головне – сама людина.

*© Демянюк Марина Сергіївна, асистент кафедри онкології та онкохірургії Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, 2025

Онкологія – дисципліна на перетині науки, страху, страждання й надії – особливо чітко відображає цю кризу. У її межах розрив між тілом і суб'єктом, між клінічною картиною й живою присутністю набуває драматичної виразності. Онкопацієнт дедалі частіше перетворюється на носія діагнозу, на кейс у системі, де “протокол” іноді важить більше, ніж слово пацієнта.

Цей зсув у сприйнятті не є випадковим: він виростає з освітньої моделі, що навчає бачити не людину, а патологію. Така оптика сприяє формуванню професійного дистанціювання, яке прийнято тлумачити як “емоційний захист”, хоча фактично воно вказує на глибше явище – етичне виснаження. У цій системі вразливість розглядається як загроза, а співчуття – як ризик.

Стигматизація в такій реальності функціонує не як приватна вада окремого лікаря, а як логічне продовження біомедичної раціональності. Йдеться не лише про соціальні упередження – мова про деформацію самого способу бачити. Пацієнт поступово втрачає голос і суб'єктність. Його досвід редукується до набору симптомів, а наратив – до формального анамнезу. Особливо це стосується онкопацієнтів, які перебувають на межі між життям і смертю – межі, що вимагає не лише клінічної точності, а й глибокої етичної присутності.

У контексті війни ці виклики загострюються. Пацієнт втрачає не лише доступ до медичної допомоги, а й зв'язок із власною тілесністю, із лікарем, якому довіряв, зі своєю медичною історією. У прифронтових і деокупованих регіонах лікарі дедалі частіше зіштовхуються з розривами у маршрутах лікування, з пацієнтами, що роками не мали діагностики, з відсутністю паліативного супроводу й навіть базового знеболення. У таких умовах клініцист більше не може покладатися лише на протокол – він має діяти як суб'єкт етичного вибору.

Саме тому підхід до онкології, як і до будь-якої клінічної спеціалізації, потребує не лише технічної компетентності, а й міждисциплінарного мислення – з опорою на філософію медицини, етику, когнітивні науки, історію травми (як нейропсихологічної, так і соціокультурної). Лікареві недостатньо знати, як лікувати пухлину. Він має вміти залишатися поруч у той момент, коли вилікувати вже неможливо, але підтримка все ще необхідна. Освіта формує не лише спеціаліста – вона формує людину, здатну бути свідком чужого болю, не втрачаючи при цьому себе. Для онкології це особливо актуально.

Цей розділ пропонує етичний аналіз феномена стигматизації онкопацієнтів у клінічному, соціальному та освітньому вимірах. У центрі уваги – гідність людини, доступ до підтримки та формування практик, вільних від дискримінації. Авторка досліджує, як етика дестигматизації може інтегруватися в систему післядипломної медичної освіти, особливо в умовах воєнного часу, дефіциту ресурсів і морального вигорання фахівців. Онкологія тут постає як простір, де технічна точність має поєднуватися з людяністю, а викладання – із відповідальністю за майбутню практику.

1. Медична стигма у філософському вимірі: від клітинної аномалії до соціального осуду.

Стигма – це не просто соціальне явище. У філософському вимірі вона постає як механізм онтологічного маркування “інакшого”, як система знаків, через які суспільство окреслює межі допустимого. У багатьох культурах відхилення від норми – тілесної, поведінкової, мовленнєвої – розглядались як форма осквернення. Хвороба в цьому сенсі – не просто біологічна подія, а символічне порушення порядку.

В рамках філософії медицини і соціально-філософської методології постструктуралізму питання соціокультурної трансформації норми досліджували М. Фуко, Ж. Дерріда, Е. Левінас.

У своїй праці “Історія божевільня в класичну епоху” М. Фуко аналізує, як суспільство визначає та ізолює тих, хто відхиляється від норми, зокрема психічно хворих. Він показує, що божевільня стало соціальним конструктом, який визначає межі нормальності та інакшості.

У “Народженні клініки” М. Фуко вводить поняття “медичного погляду”, що об’єктивує пацієнта, зводячи його до носія симптомів, тим самим сприяючи стигматизації.

У “Історії сексуальності” він досліджує, як медичні та соціальні дискурси формують уявлення про “нормальну” та “девіантну” сексуальність, що також сприяє стигматизації певних груп.

Левінас розглядає етику як первинну філософію, де зустріч з Іншим (індивідом, який відрізняється) є основою етичного відношення. Він підкреслює, що особа Іншого викликає в нас відповідальність і забороняє редукцію Іншого до об’єкта чи категорії. Такий підхід протистоїть стигматизації, яка знеособлює та маргіналізує Іншого.

Дерріда, розробляючи концепцію деконструкції, аналізує, як західна філософія створює бінарні опозиції (наприклад, нормальне/аномальне) та ієрархії, що призводять до маргіналізації “інакшого”. Він показує, що ці опозиції не є природними, а сконструйованими, і їх слід піддавати критичному аналізу, щоб уникнути стигматизації.

Даний методологічний аспект виводить нас на рівень соціокультурної аналітики, яка дуже активно досліджується науковцями в галузі медичної антропології. Наведемо приклади.

У дохристиянських культах фізична вада чи каліцтво часто асоціювалися з прокляттям, карою богів або “помилкою” у світобудові. У Старому Завіті проказа була не просто хворобою – а причиною ритуального вигнання. Людина з “нечистим тілом” не мала права бути серед інших, її ізолювали від спільноти, а очищення вимагало жертвопринесень і символічного вигнання.

У середньовічних містах хворі, особливо з видимими ознаками патологій, маркувались одягом, дзвіночками, особливими знаками – щоби їх не торкались, не приймали в дім, не бачили як “повноцінних”.

Ці практики мали спільний знаменник: тіло = гріх, і тому воно має бути або покаране, або заховане.

Змінилася медицина, але архетипи лишилися. Сучасна біомедична система позбулася релігійної мови, проте відтворює ритуал виключення на рівні мови, ієрархії, інституційного простору. Онкопацієнт у цій системі залишається тим, хто “не такий”, чия присутність позначена тишею або обережністю, як раніше – шрамом, дзвіночком, “нечистим” поглядом.

Онкологічна хвороба в масовій уяві й досі лишається синонімом вироку – навіть попри досягнення сучасної медицини, які перетворили рак із “кари долі” на контрольований процес. Сучасна онкологія оперує молекулярним прогнозуванням, персоналізованими протоколами, хірургією без рубців – але публічна свідомість усе ще мислить цю хворобу через страх, смерть і відразу.

Рак – це не просто діагноз. Це символічне тавро, що позначає не лише біологічну зміну, а й соціальне відчуження. Людина, яка дізнається про свій діагноз, часто стикається не лише з медичними труднощами, а й з втратою статусу: у родині, на роботі, в системі соціальних координат. У деяких випадках її можуть навіть “звинуватити” у хворобі – через спосіб життя, емоції, “стрес”, харчування – тим самим перекладаючи відповідальність на саму жертву.

Цей механізм стигматизації діє у двох площинах. Перша – фізіологічна: зовнішні зміни після лікування (втрата волосся, ампутації, шрами) стають маркером відмінності. Друга – символічна: навіть без видимих ознак, пацієнтка або пацієнт сприймається як носій “небезпечної інакшості”, як нагадування про крихкість людського життя.

Ервінг Гофман у своїй класичній праці “Стигма: нотатки про управління зіпсованою ідентичністю” (Goffman 1963) зазначає, що людина зі стигмою переживає подвійну втрату: власної цілісності та визнання з боку інших. Її досвід більше не належить їй самій – він переписується через погляд інституції, лікаря, суспільства. Хвора людина стає не тим, хто переживає, а тим, на кого дивляться.

У медицині це набуває особливої форми. Онкопацієнт редукується до діагнозу: “карцинома шлунку”, “T4N1M0”. Лікарі говорять не з особистістю, а з її клінічним резюме. Інформована згода перетворюється на формальність, діалог – на протокол, вибір – на виконання призначення.

В умовах, коли сама медична мова стає інструментом редукції особистості, стигма перетворюється на неформальний, але дієвий механізм виключення. Її сила не в прямому осуді, а в непомітному відстороненні – в мовчанні, у протоколі, у навмисному “непомічанні” людини. Проте найбільш небезпечна форма цього виключення – та, яка оформлюється як добре намірена турбота.

Саме в цій формі виникають найнебезпечніші клінічні патерни: коли лікар розкриває деталі діагнозу родичам без дозволу пацієнта; коли, піддавшись на емоційний тиск, обирає мовчання замість інформування; коли спілкується в кабінеті не з людиною, яка хворіє, а з тією, хто поруч – активнішою, “зручнішою”, стабільнішою.

Це не завжди – зле бажання. Часто лікар – виснажений, перевантажений, позбавлений ресурсу – уникає конфронтації з пацієнтом, який несе в собі біль, страх і складні запитання. Розмова з родичами – емоційно безпечніша. Їм можна сказати: “так треба”. Вони частіше погоджуються. Вони іноді навіть хочуть почути, що пацієнту “не треба нічого знати”, бо тоді простіше планувати життя, опіку, логістику.

Іноді, як це трапляється у складних клінічних ситуаціях, родина сприймає хворого як проблему, яку треба вирішити – швидко, ефективно, без розбурхування почуттів. А лікар – як той, хто цю проблему має розв’язати. У цій взаємодії виникає коннект, майже альянс – між лікарем і родичами, які не хочуть мати справу з повною правдою. Так формується простір, де пацієнт залишається присутнім тілом, але відсутнім голосом. А всі учасники взаємодії щиро вважають, що роблять “як краще”.

Це і є найбільш складна форма стигми: коли вона маскується під турботу, коли “емоційна економія” стає критерієм дії, а суб’єктність пацієнта приноситься в жертву комфорту інших. Це і є онтологія стигми в медицині: людина більше не є носієм досвіду – вона об’єкт для технічної дії. Її не чують, її коригують. Не питають – скеровують. Це не агресивне насильство, а ввічлива форма етичної ануляції – мовчазна, легітимізована, протокольно коректна. Саме тому вона така небезпечна.

Медична освіта, що не ставить етичного запитання – “Хто переді мною?” – відтворює цю систему. І поки стигма лишається невидимою категорією в підручниках, вона буде відтворюватись не як помилка, а як “стандарт”.

І саме цей досвід мовчазної ануляції – зручної, легітимної, емоційно безпечної – стає першою сходинкою до патерналізму.

Патерналізм, який, здавалося б, має оберігати, насправді стає джерелом моральної деградації клінічного мислення. І в цій точці вже йдеться не тільки про стигму — а про системне виснаження самої медичної етики.

2. Системне виснаження етики: від патерналізму до моральної лінії.

2.1. Тіло під контролем: метафора довіри.

Якщо уважно придивитись до історії медицини, то можна побачити трьох постатей, які завжди присутні поруч із хворим тілом.

Перша – чумний лікар, чия маска ховає не обличчя, а брак розуміння. Друга – священик, що говорить від імені вищої сили. Третя – сучасний лікар із айпедом, що більше дивиться в монітор, ніж в очі пацієнту.

Всі троє – символи епох. Але всі троє – виконують одну функцію: контролюють тіло, не питаючи, чи хоче воно бути під контролем.

Цей образний трикутник – не просто історична алюзія. Це метафора кризи довіри, яка пронизує медицину від перших ножів до сучасних протоколів.

2.2. Мовчання як форма насильства.

Цей випадок ілюструє глибоку кризу довіри у сучасній клінічній практиці.

Пацієнтка – 60-річна жінка з патологічним переломом плеча. Діагноз – рак нирки з метастазом – встановлено ще в травматології. Інформацію про хворобу одержали лише родичі. Пацієнтка проходила передопераційний маршрут, не розуміючи, що саме з нею відбувається.

Жоден з лікарів на маршруті не повідомив їй діагноз. Вона дізналась, що знаходиться в онкологічному диспансері, вже в палаті, без підготовки, без підтримки. Її перша реакція: “Лікарю, тут певно якась помилка... це онкодиспансер, а в мене ж просто рука болить”.

У цій фразі – не лише заперечення. У ній – ціна замовчування, якого пацієнтка не просила. Це не був злий умисел. Це був продукт системи, в якій емоційна економія переважає етичну рефлексію. Система, яка навчає: мовчати – простіше, говорити – небезпечно.

2.3. Банальність зла: коли протокол замінює етику.

Подібне явище описувала Ганна Арендт, аналізуючи процес над нацистським функціонером Адольфом Айхманом, вводить поняття “банальності зла” як форму бездумної покори системі (Арендт 2013). Айхман не був фанатичним ідеологом чи патологічним садистом – навпаки, він виглядав “нормальним”, виконував накази, дотримувався процедур. Його злом була саме відмова мислити, тобто відсутність рефлексії щодо наслідків своїх дій. Це і є сутність зла, що проявляється не у свідомій жорстокості, а в інституційно схваленій байдужості.

У соціально-ідеологічному вимірі ця концепція набуває особливої ваги. Сучасні бюрократичні або медичні структури можуть відтворювати цю “банальність зла”, коли норми, протоколи та інструкції витісняють моральну чутливість. Лікар, педагог, чиновник, який “просто дотримується правил”, може – всупереч добрим намірам – відтворювати дискримінацію, ізоляцію, приниження. Особливо вразливі до цього інститути, які мають справу з вразливими групами: пацієнтами, учнями, внутрішньо переміщеними особами.

Ідеологічно таке зло маскується під ефективність: важливіше виконати норму, ніж проявити співчуття. У суспільствах, де переважає технократичний чи адміністративний підхід до людини, зменшується простір для етики. В результаті моральна відповідальність розчиняється в ланцюжку делегованих рішень, а етичне питання замінюється бюрократичним: “Чи все зроблено за протоколом?”

Отже, банальність зла – це не крайнощі, а буденність, у якій відсутність емпатії підкріплена системною інерцією. І саме тому важливо повертати етику як живу, щоденну практику в усі сфери, де має місце людська взаємодія.

Повертаючись до аналітики нашої проблематики, зазначимо, коли лікар виконує протокол, не замислюючись над етичним виміром, коли рішення ухвалюються “для блага” пацієнта, але без його участі – це вже форма професійного примусу.

Замовчування діагнозу – не нейтральна дія. Це інструмент виключення пацієнта з власної історії. У подібних ситуаціях рішення часто приймаються з

позиції уявної турботи з боку родичів. Але з юридичної точки зору це – порушення лікарської таємниці. Якщо пацієнт повнолітній і має збережену здатність до самостійного прийняття рішень, медична інформація не може бути розголошена без його письмової згоди – навіть найближчим родичам.

2.4. Патерналізм як деформація клініциста.

Патерналізм визначається як соціально-етичне поняття, що позначає практику прийняття рішень за іншу особу з міркувань її блага, без (або всупереч) її згоді. У буквальному сенсі термін походить від латинського *pater* – батько, і вказує на модель стосунків, де одна сторона (умовно – “батько”) знає краще, що добре для іншої сторони (“дитини”), і діє від її імені (Dworkin 2020).

У філософії та медицині патерналізм означає обмеження автономії особи з метою її захисту або надання допомоги. Наприклад, лікар, який не повідомляє пацієнту повну інформацію про діагноз, щоби не “нашкодити психіці”, діє патерналістськи.

Фактично, ми маємо справу з медичним патерналізмом, що трансформувався в культурну норму – настільки звичну, що її порушення вважається радше “незручністю”, ніж етичним злочином. Саме в цьому контексті розгортається одна з найбільших криз сучасної медицини: конфлікт між протокольною безпекою і людською свободою.

Патерналістична логіка призводить не лише до втрати автономії пацієнта – вона поступово деформує особистість лікаря. Авторитарне рішення стає зручнішою формою взаємодії, ніж діалог. Замість емпатії виникає моральна лінь: внутрішній механізм уникнення відповідальності, замаскований під професійну об’єктивність. Лікар перетворюється на технічного адміністратора – ефективного, але байдужого до цінності самого пацієнтського голосу.

Як слушно зазначають Т. Бошамп і Д. Чайлдресс, “патерналізм у медицині не лише обмежує автономію пацієнта – він також спотворює моральний розвиток самого лікаря, підміняючи діалог авторитетом, а співчуття – контролем” (Beauchamp and Childress 1976). У такій практиці деформується клініцист, який поступово перестає бачити в пацієнті співрозмовника й втрачає здатність до етичної рефлексії.

Ця деформація – від замовчування до авторитаризму – є не приватною помилкою, а симптомом хвороби самої системи. Умови роботи, надмірна відповідальність, страх судових позовів і брак етичної підтримки формують середовище, в якому моральна втома перетворюється на моральну лінь, а співчуття – на алгоритм.

У результаті пацієнт виходить із системи охорони здоров’я не лише зі зміненим тілом, а й зі зміненим соціальним статусом: його голос знецінено, рішення приймали інші, досвід – ігноровано.

Але якщо ми, як освітяни та практики, не поставимо етику в центр підготовки онкологів – ми й далі будемо формувати спеціалістів – клініцистів, які не чують. Не чують болю. Не чують страху. Не чують себе.

Медична освіта – це не набір протоколів. Це пам'ять про відповідальність. Єдина точка, з якої ще можливо повернути довіру – пацієнта до системи, а лікаря – до самого себе.

Історія Генрієтти Лакс лише підтверджує це: навіть тіло може стати ресурсом без дозволу, якщо людину виключено з діалогу. В одному випадку – клітини. В іншому – інформація. Але суть одна: позбавлення суб'єктності через мовчання.

3. Після Лакс: біоетичний сором як діагноз медицини.

У 1951 році тіло Генрієтти Лакс було порізане, проаналізоване і, фактично, збережене у вигляді клітинної лінії – без її згоди, без пояснення, без навіть ілюзії вибору. Її клітини, які ніколи не помирають, стали символом наукового прогресу. Її ім'я – символом системної сліпоты.

Історія Лакс – це не просто історія біомедичного порушення. Це кейс про тотальне мовчання, у якому тіло продовжує “говорити” в лабораторіях, а сама людина викреслена з наративу.

Вона – не пацієнтка, не мати, не суб'єкт. Вона – *HeLa*. Фрагмент. Ресурс. Етикетка на пробірці.

HeLa-клітини не вмирають. Вони діляться, ростуть, мутують, підлаштовуються. Вони пережили саму Генрієтту, пережили науковців, які їх ізолювали, і переживуть нас.

Її тіло давно поховане. Але її клітини ніколи не припинили працювати навіть коли вона більше не могла працювати сама.

HeLa – це безсмертя без згоди. Це парадокс, у якому біологічне життя триває, але людська історія – ні.

Генрієтта не давала дозволу. Її родина дізналась про це лише через десятиліття. І навіть після цього жодна медична установа не визнала її суб'єктності – лише її унікальність.

У біологічних каталогах вона була “чудовою лінією для тестування”. У дисертаціях – “безсмертна культура”. У звітах – “матеріал”.

HeLa-клітини стали символом сучасної науки, а Генрієтта Лакс – символом того, кого стерли, щоб цей символ створити.

Це не випадкова етична помилка. Це – симптом глибшої патології, в якій людське тіло давно стало сировиною для “вищих цілей”. І поки наука святкувала відкриття, ніхто не запитував, що відчуває той, кого перетворили на відкриття.

Біоетичне приниження – це не момент зради, а довгий процес погодження. Це не скандал. Це – рутинна.

Приниження починається тоді, коли згода пацієнта вважається зайвою формальністю. Коли “ми ж для її ж блага” звучить голосніше, ніж “ми її питали?”. Коли тіло лікують, але не слухають. Вирізають, але не пояснюють. Зберігають зразки, але не зберігають повагу.

Як слушно пише біоетик Адріан Пармер, у сучасній медицині “біологічне тіло дедалі частіше розглядається не як простір страждання, а як сировина для розв'язання чужих проблем – наукових, економічних, освітніх”.

Це означає, що людина стає засобом – не об’єктом піклування, а джерелом даних, клітин, історії хвороби, прикладу для семінару.

Це не лише про *HeLa*. Це про кожного пацієнта, який дізнається про свій діагноз не від лікаря, а від Google. Про кожну жінку, якій імплантували щось “за стандартом”. Про кожного родича, якому пояснили все – окрім того, що це не його справа.

Біоетичне приниження – це коли лікар не скаже: “у вас рак”, бо “так буде спокійніше”. Коли хворого залишають у темряві – не з ненависті, а для зручності.

Це насильство без крику. Насильство, яке зручно оформити у вигляді протоколу.

У медичних освітніх програмах *HeLa*-ефект відтворюється не в лабораторіях, а в аудиторіях.

Студенти навчаються збирати анамнез, не помічаючи емоційної присутності пацієнта. Ми вчимо молодих лікарів “впізнавати патологію”, але не питаємо, чи вміють вони розмовляти з тим, хто має цю патологію.

Пацієнти стають “зручними об’єктами” для навчання: онкохвора бабуся – ідеальний приклад пухлини в реальному тілі. Але чи хтось запитав її, чи хоче вона бути прикладом?

Це – освітнє приниження, замасковане під клінічну необхідність. І в цьому ми не так вже й далеко відійшли від дослідів на безіменних. Просто тепер усі носять халати і питають дозволу під запис – але не чекають відповіді.

Інституційна репродукція приниження починається задовго до реальної практики. Вона починається на OSCE-станціях, де оцінюється комунікація, але не емпатія. Студент мусить поставити діагноз, але не зобов’язаний пережити цю розмову як щось етичне. Головне – структура інтерв’ю, чітка формула слів, симуляція людяності.

Симульовані пацієнти – часто актори або студенти інших спеціальностей – розігрують “емоційні сцени”, але у сценарії немає місця для справжньої тиші, розгубленості, неочевидної реакції.

Усе – під контролем. Усе – стандарт.

Але коли студент вперше стикається з реальною пацієнткою, яка мовчить і не плаче, бо в неї шок – він не знає, що робити. Бо його привчили до діалогу, а не до мовчання.

У клініках студенти іноді заходять до палат групами по 4–6 осіб. Спробуйте уявити себе на її місці. У вас – діагноз. Є ви. Ваша хвороба. Ваш лікар – ось і все. У кращому разі – хтось із близьких, хто тримає за руку. І раптом – чужі обличчя. Група людей, які мовчки заходять у палату. Не називаються. Не пояснюють, чому тут. Просто стоять і обговорюють ваше тіло вголос – у присутності інших пацієнтів. Без дозволу. Без потреби.

Так звані “загальні обходи” – це не навчальна традиція. Це системне порушення гідності. Це одночасне знецінення лікарської таємниці, тілесної автономії та базових етичних норм. Сусіди по палаті чують ваш діагноз, план

лікування, прогнози. А потім приходить ще хтось – “на консилиум”, “на практику”, “на перевірку” – і знову “вникають”, навіть не привітавшись.

Але найгірше – це те, що ці лікарі також не хочуть тут бути. Їх змусили. Їм самі пацієнти не знайомі, не потрібні і не запам’ятовуються. Вони нервують – бо їхні власні пацієнти стоять під кабінетом, чекають, зляться. Нервують колеги, бо в інших відділеннях усе зупинилося. І що найгірше – ніхто не розуміє, навіщо це. Для чого витрачати годину на розбір пацієнтів, яких ти не бачив і більше не побачиш, замість того, щоб працювати. День тільки почався, а ти вже запізнився. І все – заради театралізованого обходу, в якому всі учасники — заручники ритуалу, що давно втратив сенс.

Усе це – не навчання. Це втручання. Це виключення пацієнта з власної історії, оформлене під професійну норму.

І що ще страшніше – це сприймається як частина професійного становлення. Не розмова. Не рефлексія. А терпіння: звикати до чужого болю, поки він не перестане викликати реакцію.

Це і є освітній нейтралізатор совісті – не злочин, а повсякденна процедура.

І саме з таких процедур – звичних, зручних, непомітно жорстоких – формується система, у якій навіть саме одужання перетворюється на примус. Бо якщо слухати не вміють ще до встановлення діагнозу, то хто почує вас після лікування?

4. Антропологія кабінету: як влаштована влада в медичному просторі.

Клінічний простір ніколи не був нейтральним. Він завжди відображає і водночас формує певні структури влади, дисципліни та взаємодії. Простір медичного кабінету – це не лише функціональне середовище для прийому пацієнтів, а соціально-культурний інструмент, що структурує комунікацію та визначає суб’єктні позиції учасників взаємодії.

4.1. Кабінет як дисциплінарний механізм.

Як показує Мішель Фуко у праці “Наглядати й карати”, архітектура інституцій є формою дисциплінування. Розташування тіла в просторі задає не лише фізичну, а й символічну ієрархію. У клініці це проявляється з першої секунди: пацієнт заходить – лікар уже сидить. Пацієнт чекає дозволу, запитує, погоджується. У такий спосіб тілесна субординація підкріплює соціальну.

Форма мовлення, просторове оформлення, порядок дій – усе це репродукує владні ролі: лікар як джерело знання і контролю, пацієнт – як об’єкт спостереження та втручання.

4.2. Лінгвістичні ієрархії: хто говорить, як і до кого.

У медичному дискурсі часто використовуються формули колективної дії – “зараз ми оглянемо”, “проведемо дослідження”, “зробимо пункцію”. Цей “ми” не включає пацієнта, але виключає його як автономного суб’єкта. Його досвід редукується до об’єкта дії – з боку медичного персоналу.

Часто замість персоналізованого звернення використовуються узагальнення (“живіт м’який”, “утворення щільне”), що нівелює присутність людини як носія досвіду.

Подібна мова є не лише зручною, а й функціональною – вона забезпечує швидкість і точність опису. Водночас вона також позначає пацієнта як “клінічний випадок”, а не як особу.

4.3. Просторові рішення і структурне знеособлення.

Організація простору часто посилює ефект знеособлення. Двері кабінету, що відчиняються у спільний коридор, відсутність звукоізоляції, розташування екранів і документів так, що пацієнт не має до них доступу – усе це створює ситуацію непрозорості й втрати контролю над власною інформацією.

Візуальні та просторові бар’єри транслиують пацієнтові: “це не ваш простір”. Ви – тимчасовий учасник. Тіло – предмет вивчення. Рішення – за іншими.

4.4. Тіло як публічна зона.

У контексті онкології тілесна вразливість пацієнта особливо загострена. Під час огляду або консультації пацієнтка чи пацієнт можуть опинитися в ситуації, коли присутні кілька сторонніх осіб (інтерни, студенти, колеги), але не відбувається попереднього інформування чи запиту згоди. Формально це не завжди є порушенням, однак етично – це межа.

Коли згода не запитується, а присутність сторонніх осіб не обґрунтовується, пацієнт втрачає не лише приватність, а й відчуття гідності. Його тіло стає предметом розгляду, в той час як його голос – відсутній.

Ці мікропрактики – просторові, мовні, ритуальні – не є нейтральними. Вони формують клінічну реальність, у якій стигма та асиметрія влади відтворюються щодня.

Саме тому антропологія кабінету має бути частиною клінічної етики та професійного навчання. Бо пацієнт – не лише носій патології. Це суб’єкт, який взаємодіє з простором, з мовою, з поглядом. І якщо ми не звертаємо уваги на ці взаємодії – ми стаємо частиною системи, яка щодня відтворює стигму, не помічаючи цього.

І саме тут відкривається ширше питання: кого насправді рятує медицина – і від чого? Бо іноді врятоване тіло – це лише початок нового примусу. Іноді саме лікування – форма влади.

5. Одування як примус: кого рятує медицина, і від чого саме?

Протягом десятиліть онкологія трималася за радикальну парадигму лікування: кожного пацієнта – врятувати, кожну пухлину – знищити, кожен випадок – довести до ремісії. Це було не лише клінічною нормою, а й етичною догмою, психологічною проекцією та символічним запереченням смерті. Наразі ця парадигма змінюється. Медицина дедалі частіше фокусується не на абсолютному “вилікувати будь-якою ціною”, а на підтримці якості життя. Не на героїзмі, а на гідності.

Онкологія стає персоналізованою – і не лише завдяки біомаркерам чи таргетній терапії. Вона змінюється тому, що інакше вже неможливо. Радикальне лікування – це не завжди благо. Іноді це форма примусу. Примусу до життя за будь-яку ціну. Примусу до боротьби, яку ніхто не вибирав.

Але чому ця зміна настала так пізно? Відповідь – у страху. Лікарі бояться смерті не менше, ніж пацієнти. Система боїться її ще більше. Смерть трактується як поразка – не лише біологічна, а й професійна. Як втрата контролю. Саме тому традиційна медицина в усіх своїх ритуалах – операціях, цитостатиках, апаратах – є спробою витіснити смерть із простору клініки, з мови, з уяви. Вона не розглядається як онтологічна константа, а як технічна проблема.

У трактаті “Буття і час” Мартін Гайдеггер окреслює смерть як остаточну та найінтимнішу подію, що уможливорює справжнє буття. Смерть – не помилка, а структура існування. І саме тому вона не піддається ані делегації, ані технічному приборканню. Альбер Камю у “Міфі про Сізіфа” писав, що абсурд полягає в зіткненні людського прагнення до сенсу й німоти Всесвіту. Медицина часто опиняється у цьому ж зіткненні: її щоденна практика – це спроба відстояти сенс перед обличчям того, що його руйнує. Смерть не має відповіді. Але ми продовжуємо діяти – тому що не діяти ще страшніше.

Поль Рікьор зазначав, що “розповідь про життя не може завершитися без розповіді про смерть”. Проте в клінічній практиці цю розповідь часто зупиняє протокол. І тоді смерть – не подія, а збій системи.

Автономія – це не лише здатність дати згоду на втручання. Це також право сказати “ні”. Право прожити життя до кінця – зі своїм болем, своєю гідністю, своєю історією.

Але іноді пацієнти не до кінця усвідомлюють, що це означає. У момент діагнозу відмова від лікування здається спокійною альтернативою: “не хочу хімію – поживу, скільки є”. Але ця фраза не завжди вміщує реальність: кровотечі, некрози, біль. І коли все це починається – пацієнт повертається. Але шанс уже втрачено. І тоді лікар – той самий, якого відкинули – мусить лишитися. Без обвинувачення. Без тріумфу. Просто – бути.

Для лікаря це не просто професійна дилема. Це – зустріч із власною смертністю. Знову й знову. І тут постає одне з найглибших питань етики: коли варто зупинитися? Де межа між допомогою і нав'язуванням? Коли медична дія стає актом контролю, а не турботи?

Мішель Фуко у своїй концепції “біовлади” описував, як медицина стає інструментом не лише лікування, а регулювання життя і смерті. Коли лікування триває вже не для пацієнта, а для системи, що не може дозволити поразки – це і є біовладний тиск. Під маскою турботи – страх. Під маскою стандарту – тривога перед втратою авторитету.

І водночас: пацієнт має право боятись. Має право повернутись. Має право шкодувати. І не шкодувати. І все одно – це його вибір. А завдання

лікаря – бути поряд. Не карати мовчанням. Не маніпулювати провиною. Бути присутнім.

Справжня етика народжується не в наказах, а в тиші. В здатності втримати поруч когось, хто вже не хоче рятуватись. В готовності прийняти межу як частину професії.

І саме тому нова онкологія – це не лише про генетику. Це про філософське дорослішання. Про визнання того, що медицина не всесильна. Але людяність – може бути. Навіть у кінці. Навіть у поразці. Іноді – саме там.

Як писав Емманюель Левінас, етика починається з обличчя Іншого – з того, чий погляд неможливо проігнорувати. Саме в ньому – джерело відповідальності. У нашому контексті – це обличчя людини, яка відмовилась від лікування, але повернулась. Або не повернулась. Але все одно – заслуговує бути почутою, без осуду. Бо гідність – не функція діагнозу.

Філософія медицини сьогодні не може обмежуватись лише біоетикою інформованої згоди. Вона має включати феноменологію болю, наративну етику й рефлексію межі. Але етика не завершується в момент смерті – так само, як не завершується в момент ремісії. Бо навіть коли боротьба позаду, питання гідності не зникає.

6. Реінтеграція онкопацієнта.

6.1. Між тілом і словом.

Коли пацієнт виживає, ніхто не навчає його, як жити далі. Його тіло – інше. Його ідентичність – пошкоджена. І навіть ті, хто стояли поруч під час лікування, часто не знають, як поводитись після.

Онкопацієнт повертається в суспільство не як герой, а як “випадок”, що завершено. Медична система більше не бачить у ньому потреби. Родина хоче “жити далі”. А сам пацієнт – залишається сам-на-сам із тишею.

Зміни в зовнішності, хронічна втома, порушення сексуальності, страх рецидиву – усе це стає частиною нового життя, про яке мало хто хоче слухати. Соціальна ізоляція відбувається не тому, що пацієнта відкрито уникають, а тому, що його досвід незручний. Його тіло – нагадування про крихкість інших. Його історія – те, що краще не згадувати.

Це і є зона між тілом і словом – простір, у якому людині не дають назвати себе. Де досвід німіє. Де немає дозволу на мову. І саме в цій тиші розчиняється гідність – так само, як вона може зникнути у відділенні паліативної допомоги.

Це – продовження того самого процесу, що починається ще в лікарняній палаті: коли лікар говорить із родичами, а не з пацієнтом; коли історія хвороби записується точніше, ніж історія самої людини; коли діагноз стає етикеткою, що затирає ім'я.

Але після виписки – тиша не зникає. Вона змінює форму. Людина, яка вижила, стикається з новим викликом: повернутися. І що далі – то більше це схоже не на повернення до життя, а на подолання нової хвороби: соціальної.

Її тіло змінилось. Її функціональність обмежена. Її документи – вічна історія черг, довідок, скарг, принижень, місяці очікування, десятки підписів,

лікарі, які заповнюють електронні форми, по дорозі між операційною і перев'язною. Система створена не для живих. Вона створена для “опрацьованих”. Для тих, хто не питає. Для тих, хто змирився.

І саме тому – черги. Скарги. Стрес. Тому що навіть ті, хто вижив, не можуть спокійно отримати найнеобхідніше. А лікарі – замість того, щоб лікувати – заповнюють електронні карти, які зависають, не зберігаються, дублюються. А пацієнти – стоять біля дверей, нервують, зляться, не вірять нікому.

Це не реінтеграція. Це – нова форма вигнання.

Відновлення після онкологічного лікування – це не лише фізіологічна ремісія. Це – повернення до мови, до можливості називати себе і свою історію. Це те місце, де лікар мав сказати правду. Де не зрадили. Де людині не довелося мовчати про себе “заради її ж блага”.

Реінтеграція – це не приватна справа. Це не індивідуальна “сила духу”. Це відповідальність системи, яка вирішує, чи буде пацієнт знову почутий. І якщо медична освіта справді хоче бути гуманною, вона мусить визнати просту істину: вижити – ще не означає повернутись. А повернутись – неможливо, якщо ніхто не чекає.

Іноді на пацієнта справді ніхто не чекає. Не лише в системі охорони здоров'я – а в житті. Людина повертається на старе місце роботи, але її там уже списали. “Тепер не витримає повного навантаження”, “буде часто хворіти”, “це жінка після раку грудей, там гормони, ви ж розумієте”. Колеги стороняться. Керівництво натякає. Резюме – бездоганне, але в медичній карті стоїть тавро.

Починається спроба жити “як усі” – але “як усі” більше недосяжне. У транспорті стискає рубець. У магазині просвічує протез. У паспортному столі доводиться пояснювати, чому немає однієї руки – і чути у відповідь: “ой, вибачте” – так, ніби це провина.

Інвалідність – окрема історія. Документи, комісії, повторні огляди, приниження. Людина знову й знову змушена доводити, що її втрата – реальна. Що біль не вигаданий. Що вона має право бодай на мінімальну підтримку – білизну після мастектомії, компресійний рукав, калоприймач. І щоразу – знову доводити.

Кожен лікар, який має це підтвердити, дивиться на годинник – попереду ще три десятки пацієнтів. І не тому, що йому байдуже – а тому, що він виснажений. Система створила умови, в яких усі втомлені, всі злі й усі винні.

У такій реальності пацієнтка чи пацієнт може поставити собі страшне запитання: а чи варто було виживати?

Але реінтеграція можлива. Не як диво, а як результат рутинних, дрібних, але людських дій.

Коли лікар при виписці не каже: “усе, ми закрили ваш випадок”, а питає: “чи вам щось потрібно вдома?” Коли сімейний лікар не плутає твої препарати, бо *читав* твою історію. Коли у відділенні є папірець з інструкцією: як отримати протез, куди дзвонити, що робити, якщо стискає

рукав. Коли на роботі не “знімають з навантаження”, а запитують: *як ви себе почуваете?*

Коли тебе не чекають як “проблему”, а як людину.

Це не про героїзм. Це про звичайне визнання: ти пройшов щось страшне – і ти маєш повне право бути *живим, наявним, врахованим*. Не в кейсах. Не в методичках. А в житті.

Але повернення до життя – це не лише про бюрократію, інвалідність і доступ до лікування. Це ще й про тіло. Про те, як із ним бути – після всього. Бо саме тіло після лікування часто стає новим джерелом болю – не фізичного, а символічного. Воно змінюється, і разом із ним – змінюється відчуття себе.

6.2. Після виживання: сором, сексуальність і нова тілесність.

Після лікування тіло не завжди повертається до людини. Часто – воно повертається окремо. Без зв’язку, без впізнаваності, без довіри. Воно ніби залишилось функціональним – але перестало бути своїм.

Це не просто зміни в анатомії. Це – зміни в суб’єктності. Бо там, де колись було “я”, з’являється “воно”: шрам, рубець, протез, дисфункція, сором. І мова йде не про медичну категорію, а про екзистенційний стан, у якому тілесність більше не підтримує особистість – а кидає їй виклик.

Феноменологія тіла після виживання – це не просто досвід болю чи незручності. Це досвід символічного розриву: між дотиком і відчуттям, між звичкою і відразою, між тілом як носієм бажання і тілом як нагадуванням про хворобу.

Сексуальність у цьому контексті стає не насолодою, а випробуванням. Після раку – вона німіє. Або зникає. Або лякає. Не тому, що людина втратила здатність до бажання – а тому, що втратила довіру до власного тіла. До того, як на нього подивляться. До того, як воно зреагує. До того, що воно вже не “підходить” під норми. І кожен дотик – це нагадування про межу, через яку вже перейдено.

І найгірше – ця межа ніде не осмислюється. У клінічному дискурсі сексуальність після лікування – табу. В освітньому полі – сліпа пляма. У системі координат лікаря – “не профіль”. У системі координат пацієнта – сором, який не має адресата.

Сором, до речі, тут не емоція – а соціальна структура. Він виникає не в людині, а між людьми. Він з’являється там, де нема мови. Де нема дозволу говорити. Де відсутність реакції – це вже реакція. А мовчання – форма стигми.

Тому тіло, яке вижило, але не отримало мови – лишається покинутим. Саме в цьому – найбільша поразка системи. Не в тому, що вона невилікувала. А в тому, що вона не допомогла повернутись. Але ще важче – коли повернення вже не буде. Коли пацієнт не виживе. І саме тоді стає зрозуміло, що гідність потрібна не лише після ремісії – вона потрібна і в останні дні.

7. Паліативна допомога: коли правда важливіша за порятунок.

Паліативна допомога – це не про смерть. Це про відповідальність лишатися поруч, коли більше нічого не можна зробити. Не рятувати – а бути. Не боротись із хворобою – а знеболювати її. Не продовжити життя за всяку ціну – а дозволити людині прожити його до кінця без страху, в тиші, у власному тілі.

У клінічній практиці війни паліатив – це не завжди морфін і стаціонар. Це – телефонна розмова зі згорьованими родичами. Це – консультація в напівзруйнованій лікарні. Це – спроба сказати правду, яка вміщується в одну фразу: “Ми не можемо вилікувати, але ми можемо бути поряд.”

Історично медицина починалася не з протоколів. Вона починалася з присутності. Шаман, монах, цілитель – це були фігури не лише знання, а супроводу. Людина приходила не по рецепт, а по сенс. І саме це, за Френком Остасецьким, визначає паліативну практику: “бути разом з тим, хто помирає – це не обов’язок, а привілей, що дозволяє нам пізнати межі людського”.

У XX столітті, після шокової травми світових війн і госпіталізації смерті, паліативна допомога повернула в медицину можливість визнати кінець. Піонери сучасної паліативної медицини – Сісілі Саундерс, Еллізабет Кюблер-Росс – наголошували: смертність не є поразкою медицини. Це поразка – не бачити людину в момент її вмирання.

Саме тому паліативна допомога – це не край. Це поле, в якому перевіряється людяність системи. Бо коли не можеш продовжити життя – мусиш принаймні не скоротити його гідність.

Але в Україні ця гідність часто лишається теоретичною. У регіонах, де паліативна допомога де-факто відсутня, функцію підтримки часто беруть на себе саме освітні ініціативи: мобільні бригади; вебінари для сімейних лікарів; інструкції, як знеболювати “підручними засобами”; курси для інтернів, які ніколи не бачили хоспісу, але вже мають вирішувати питання “помираючих”.

Тут зникає межа між лікарем і викладачем – бо кожен, хто має досвід, стає джерелом знання. Ми більше не маємо розкоші формальностей. Ми маємо лише спільноту, в якій кожен випадок – це інструкція для наступного.

Це і є гуманітарна суть паліативної медицини: розірвати мовчання навколо смерті, повернути пацієнту голос навіть тоді, коли він не може говорити, і навчити медицину головного – бути поруч, коли немає чим “лікувати”.

У цьому полягає останній іспит системи. Не чи вона перемогла хворобу – а чи зуміла визнати біль. Не чи вона знайшла засіб – а чи залишила людині вибір. Не чи вона змусила вижити – а чи дозволила померти не як випадку, а як особистості.

8. Освіта як акт дестигматизації: чому цьому потрібно навчати?

8.1. Не просто знання – а можливість бути почутим.

Медична освіта десятиліттями фокусувалася на тому, як правильно лікувати тіло. Але сучасність ставить інше завдання: навчити бачити людину

після лікування. Бо що робити, коли пухлину видалено, а біль залишився? Коли пацієнт вижив – але не був почутий?

Стигма не зникає разом із хіміотерапією. Вона не розсмоктується, як пухлина після променевої. Вона змінює форму – залишаючись у документах, у тиші, в поглядах, у забутих словах. Вона присутня навіть там, де все “завершилось”. Особливо – там.

І саме медична освіта вирішує, чи буде ця стигма помножена – чи зупинена. Чи стане студент повторювати фрази на кшталт “та вона сама винна”, “типова істеричка”, “онкологія з депресією – це вже нецікаво” – чи навчиться бути свідком болю без презирства. Не тому, що в програмі з’явиться нова лекція. А тому, що зміниться сама оптика: кого ми бачимо перед собою. І як ми дозволяємо цій людині існувати в нашій мові.

Навчати дестигматизації – це не додати модуль про співчуття. Це змінити саме уявлення про професію. Бо онкологія – це не лише наука про пухлини. Це наука про людей, які вижили, але втратили голос. Які лікувалися, але залишилися самі.

8.2. Освіта під час війни: не розклад, а спротив.

У мирний час освіта – це розклад, лекції, сесії. У час війни – це вибачення за поганий зв’язок. Це Zoom, у якому викладач читає матеріал з укриття. Це розбір клінічного випадку між двома сиренами. Це лист від лікаря з прифронтового села: “Пацієнтка з раком грудей, без біопсії, без гістології. Що робити?”

Онкоосвіта сьогодні – це не курс. Це поле бою.

Коли зруйновано диспансери, перервано маршрути, а фахівці вигорають у прямому сенсі слова – освіта стає єдиною ниткою, яка ще тримає тканину системи. Вона не гарантує порятунку. Але тримає зв’язок між тими, хто не втік від болю іншого. Між тими, хто ще хоче залишатись людьми.

У таких умовах навчання – це не передавання знань. Це жест солідарності. Це акт впертої людяності.

У складі мобільних бригад, на вебінарах для лікарів деокупованих регіонів, у чатах екстреної підтримки – онкоосвіта відбувається щодня. Не як академічна дисципліна. А як етична лінія фронту.

Бо навіть якщо зникла система – залишаються ті, хто тримають її на собі.

У зоні обстрілу неважливо, скільки підручників ти прочитав. Має значення одне: чи зможеш викликати довіру за три хвилини, поки все навколо вибухає, а пацієнт у шоці. Чи зможеш говорити без пафосу, без страху – і при цьому сказати правду.

Ми консультували пацієнтів, чиї маршрути обірвала війна. Люди приходили без документів, без аналізів, без остаточного діагнозу. Хтось не встиг почати лікування. Хтось перервав курс посеред хіміотерапії. І майже всі – втратили довіру. Не лише до медицини, а до самого світу.

У таких умовах освіта – це здатність втримати в собі людину. Бути впевненим, коли не знаєш нічого. Говорити про смерть так, щоби не відштовхнути життя.

Онкоосвіта зараз – це гібридна платформа:

- мікрокурси з паліативної терапії;
- Viber-чати для екстрених рішень;
- OSCE-модулі з етики, які викладають в укриттях;
- мобільні бригади, які працюють там, де немає жодного фахівця.

Усе це – не “надбудова”. Це основа.

Тепер набувають ваги речі, які раніше здавалися другорядними:

- здатність витримати мовчання поруч із пацієнтом, що помирає;
- вміння відмовити родичам, які хочуть приховати діагноз;
- етична ясність у моменті, коли невідомо, що буде завтра.

І саме тому реформа медичної освіти має починатись не з оновлення тестів. А з оновлення оптики.

8.3. Освіта як етичний фронт: що ми передаємо, коли передаємо знання.

Медична освіта – це не лише передавання знань. Це формування мови, етики, рефлексійної здатності. І в цьому сенсі кожен викладач – не просто фахівець. Він – фігура межі. Межі між “можна” і “людське”, між “так заведено” і “так гідно”.

Стигматизація в медицині народжується не у виняткових ситуаціях. Вона формується в щоденному: у манері говорити про пацієнта, в жартах на парах, у стилі комунікації, у виборі того, що вважається “непотрібним для тестів”. Саме викладач визначає: чи буде людина перед студентами – кейсом, чи суб’єктом.

Онкологія – дисципліна про межу. І тому саме в онкології освіта набуває свого найглибшого значення. Це не лише клінічна наука. Це наука про гідність у час втрати. Про силу бути поруч, коли вже не можна вилікувати. Про вибір не відвертатись.

Навчати онкології – означає навчати не лише діагностики, а присутності. Не лише протоколів, а здатності витримати чийсь історію. Бо що ми насправді передаємо студенту, коли передаємо знання? Ми передаємо модель поведінки. Ми формуємо його ставлення до болю. Його оптику. Його мовчання – і те, як він його витримує.

Освіта – це не нейтральне поле. Це акт. Це вибір – показати, що емпатія важливіша за ефективність, що сумнів – це не слабкість, а форма етичної присутності.

І особливо це важливо в умовах війни. Коли розбиті лікарні, коли система не витримує, коли медики виснажені – освіта лишається тим єдиним простором, у якому ще можна зберігати сенс. Навіть якщо це зум з укриття. Навіть якщо замість кафедри – чат з польової бригади. Навіть якщо “пари” – це лист із запитом: “У нас пацієнт без гістології. Що робити?”

У таких умовах освіта перетворюється на спротив. Проти рутини. Проти знецінення. Проти тиші, яка приходить після руйнування. І викладач –

не адміністратор знання. Він – останній, хто тримає в руках нитку людяності, коли все інше падає.

Практика лікаря і практика викладача – це подвійна присутність. Вона дає змогу чути не лише медичні запити, а й світоглядні: як лікувати без тестів? Як підтримати без ресурсів? Як не втратити себе в системі, яка не лишає часу на воду? Це не риторичні питання. Це щоденні – і саме вони тримають нас у професії.

Бо якщо освіта ще жива – значить, є шанс. Шанс, що пацієнт буде не лише об'єктом. Що студент – стане не лише лікарем, а свідком. Що голос людини знову пролунає в лікарняній тиші.

І саме тому освіта – це етичний фронт. Це останній інструмент, який не дозволяє здичавіти. Це місце, де гідність ще має шанс бути збереженою. Це єдина форма медичної сили, яка починається не з влади – а з участі.

Висновки

Ця стаття – не відповідь. Це запит. На іншу медицину. Іншу освіту. Іншу мову. Не “гуманнішу” – це слово вже стерте до дірок. А чеснішу. Стійкішу. Таку, що не відвертається, коли не може допомогти. Таку, що лишається – навіть у безсиллі.

Стигма не живе в катастрофах. Вона живе в повсякденному. У табличках на дверях. У фразі “так буде краще”. У підручниках, де є метастази, але немає людини. Її не подолати одним модулем. Але можна почати – з тону. З мови. З викладача, який не боїться сказати: “ми не всесильні, але ми поруч”.

Освіта – це не просто передавання знань. Це політичний і етичний акт. Це вибір – що вважати нормою, що проговорювати, що замовчувати. І якщо ці координати не містять суб'єктності, довіри, здатності бути присутнім – то кого ми навчаємо?

Онкологія – це дисципліна про межу. І викладати її потрібно не як набір протоколів, а як вміння не злякатись цієї межі. Бо коли вже нема чим лікувати – лишається одне: як бути. І це “як” – і є суть медицини, яку ще не пізно зберегти.

Список використаних джерел

Арендт, Х. (2013). *Банальність зла. Суд над Айхманом в Єрусалимі*. Пер. з англ. А. Котенко. Київ: Дух і Літера.

Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (1976). *Principles of Biomedical Ethics*. NY: Oxford University Press

Bleakley, A., Bligh, J., Browne, J. (2011). *Medical Education for the Future: Identity, Power and Location*. London: Springer.

Cruess, R.L., Cruess, S.R., Steinert, Y. (2009). *Teaching Medical Professionalism*. Cambridge: Cambridge University Press.

Dworkin, Gerald, (2020). Paternalism. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2020 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL: <https://plato.stanford.edu/archives/fall2020/entries/paternalism/>

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems. *The Lancet*, Vol. 376, 1923–1958.

Gambrill, E. (2012). *Critical Thinking in Clinical Practice: Improving the Quality of Judgments and Decisions*. Hoboken: Wiley.

Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. NJ: Prentice-Hall.

Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, And The Human Condition*. New York: Basic Books.

Pinker, S. (2011). *The better angels of our nature: Why violence has declined*. Viking.

Skloot, R. (2010). *The Immortal Life of Henrietta Lacks*. NY: Crown Publishing Group.

Weber, M. (1919). *Call to politics*. Munich and Leipzig: Duncker & Humblot.