

К.І. Карпенко

## Вмирання і смерть у життєвому просторі сучасної людини

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2016.2(4):90-94; doi 10.15574/IJRPM.2016.02.90

Вимоги паліативної допомоги істотно поглиблюють поняття «життєвий простір людини», артикулюючи і захищаючи фізичні, соціальні, психологічні та духовні складові якості життя пацієнта з невиліковним (смертельним) захворюванням і членів його сім'ї. Життєвий простір є формою існування і необхідною умовою соціалізації та соціальної підтримки невиліковно хворої людини. Тут відбувається її ресоціалізація (відновлення втрачених через хворобу соціальних якостей). Потенціал сім'ї як основи соціальності, а також внесок громадянського суспільства є значущими для вирішення проблеми. Система сучасних суспільних цінностей значною мірою обумовлена ринковими інтересами. Саме тому гуманітарна концепція облаштування соціального простору для тяжко хворих людей потребує пропаганди і впровадження в практику повсякденності за підтримки державних структур.

**Ключові слова:** *життєвий простір, невиліковно хворий пацієнт, вмирання, смерть, паліативна медицина, хоспіс.*

### Вступ

Проблематизація поняття життєвого простору людини у контексті проблеми вмирання та смерті зумовлена невизначеним статусом такої категорії пацієнтів, як «невиліковні хворі». Для них охорона здоров'я, як головна функція соціального інституту медицини, не є релевантною і не може бути послідовно реалізованою. За цих умов паліативна медична допомога, яка зорієнтована на забезпечення гідного життя невиліковно хворих, стає важливим фактором структурно-функціонального розширення змісту медицини як соціального інституту, а відповідно – й визнання місця і ролі цієї категорії пацієнтів у життєвому просторі сучасної людини. Гострота проблеми зумовлена також її надзвичайною актуальністю для України.

Останнім часом дослідники вивчають питання, в якій країні найкраще вмирати. Сінгапурська благодійна соціально-екологічна організація The Lien Foundation і британська компанія The Economist Intelligence Unit (аналітичний підрозділ журналу Economist) представили «Рейтинг якості смерті в країнах світу за 2015 рік» (The Quality of Death 2015). Дослідження названо його авторами за аналогією із широко відомим терміном «якість життя». Експерти вивчили доступність соціальних і медичних служб у досліджуваних країнах, якість їх роботи, обізнаність людей про те, які послуги їм доступні, а також осо-

бливості національних культур, що пов'язані зі сприйняттям смерті. Україна в цьому рейтингу зайняла аж 69 місце (11 з кінця). Ми маємо найгірший показник серед європейських країн. Показник ефективності паліативної медицини (створення умов для безнадійно хворих) в Україні становить 25,5 із 100 балів, а у Великобританії, яка є лідером у даному рейтингу, – 93,9 бала [5].

**Мета** даної статті полягає в тому, щоб показати, що потреби та вимоги паліативної допомоги кидають виклик суспільній свідомості сучасної людини, артикулюючи нові аспекти уявлень про сенс життя людини, змінюючи усталену конфігурацію системи цінностей. Перш за все необхідне суттєве розширення та поглиблення змісту поняття «життєвий простір людини». Мова йде про конкретні соціокультурні уявлення, що укорінені в менталітеті людей і владно визначають нашу практичну поведінку. Саме такими укоріненими, але суттєво модифікованими, є фізичні, соціальні, психологічні та духовні проблеми забезпечення якості життя пацієнта з невиліковним (смертельним) захворюванням і членів його родини. Паліативна допомога покликана забезпечити полегшення страждань, проведення адекватних лікувальних заходів (при больовому синдромі та інших розладах життєдіяльності), спираючись на раннє виявлення і точне діагностування (оцінку) проблеми [2].

Німецький філософ М. Гайдеггер наголошував, що «справжнє буття – це буття людини перед лицем смерті» [7, с. 262]. Він підкреслював, що життя кожної особистості закінчується смертю, тому його (життя) потрібно осмислювати разом зі смертю. «Буття є завжди буття до кінця. Тобто буття до смерті також являє собою екзистенціал» [7, с. 263]. Екзистенціали в онтології мислителя – це такі категорії, навколо яких «концентруються численні прояви людського життя» [7, с. 263].

Екзистенціальний сенс паліативної медицини полягає в тому, що вона суттєво сприяє створенню максимально можливого комфорту для хворого і його сім'ї при ВІЛ-інфекції, онкологічній хворобі, важкій нирковій або серцевій недостатності, термінальній стадії легеневих захворювань, прогресуючих неврологічних й інших смертельних недугах. Паліативна допомога може надаватися з урахуванням потреб і згоди конкретного пацієнта вдома, у поліклініці (як консультативна послуга) або в стаціонарних лікувально-профілактичних закладах будь-яких форм власності з використанням різних організаційних форм медичного обслуговування, у тому числі у денних та спеціалізованих стаціонарах (хоспісах або відділеннях паліативної допомоги) [4].

## Матеріали та методи

Концепція вмирання та смерті у життєвому просторі сучасної людини може служити підставою для розгортання громадських дискурсів про забезпечення гідних матеріальних умов для завершення життя невиліковно хворих людей, про соціальні, правові та духовно-психологічні засади діяльності волонтерів у сфері паліативної допомоги, про легалізацію евтаназії та інших.

Методологічні засади аналізу вмирання та смерті у життєвому просторі сучасної людини включають такі підходи і принципи: релятивності простору, часу, руху і матерії, антропологічної варіативності, системності людського існування, єдності особистості і суспільних відносин, а також мультидисциплінарний синтез і компаративний аналіз. Окреслені принципи пов'язані із застосуванням екзистенційно-феноменологічного методу і діяльнісного підходу. У статті використані також методи медичної і гуманістичної психології та результати соціологічних досліджень.

## Результати дослідження та їх обговорення

Концептуальні основи філософії інтегрують класичні історико-філософські уявлення про ставлення людини і суспільства до вмирання та смерті. Епіку-

рейське переконання «поки життя є – смерті немає» проступає у філософії паліативної допомоги в максимі – «гідно жити до кінця», стоїчне усвідомлення кінця життя – в максимі «знати правду», екзистенціалістська теза «кінець життя вносить в нього сенс» – в установці поспішати, щоб встигнути здійснити свої задуми, релігійна віра «ні, весь я не помру» – в спробі знайти своє продовження, піти з миром. Паліативна допомога – це укриття людини, що вмирає, від страждань, це допомога, що забезпечує можливість реалізації принципів «хорошої смерті». Її завдання – забезпечити догляд, турботу, ефективно фармакологічне і психологічне знеболення, збереження до останнього моменту тепла і захисту милосердного спілкування.

Формою існування і необхідною умовою соціалізації, підтримки соціальності невиліковно хворої людини і її ресоціалізації (відновлення втрачених через хворобу соціальних якостей) є життєвий простір. Соціальний життєвий простір хворої людини формується через її відносини з медичним персоналом, з колегами (по службі), друзями, родичами, членами сім'ї, сусідами по будинку, по лікарняній палаті.

Існуванням в соціальному просторі хворих і безпомічних людей традиційно займалася і займається охорона здоров'я. Однак гуманітарні питання, що виникають у цьому контексті, – це значною мірою турбота громадянського суспільства. Воно діє через неформальні об'єднання, які створюються для облаштування соціального простору на принципах дотримання прав людини і громадянина, зокрема на основі «Декларації прав людей, хворих на рак».

Проблема вмирання та смерті у життєвому просторі сучасної людини актуалізує ідеї Гегеля про відповідність трьох ступенів розвитку моральної субстанціальності трьом рівнями організації соціального життя. Перший рівень – сім'я, другий – громадянське суспільство, третій – держава. Принципове значення має той факт, що три послідовні форми розвитку моральності ієрархічно співвіднесені одна з одною та утворюють діалектичну єдність. Аналіз гуманітарних технологій облаштування людини в просторі паліативної допомоги показує, що моральний потенціал сім'ї, громадянського суспільства серйозно працює на вирішення проблеми. Невипадково учасникам груп самопомогі притаманні адаптивні варіанти копінг-стратегій. Зусилля ж державних структур в Україні знаходяться на стадії мобілізації, коли пошук коштів для вирішення проблем невиліковно хворої людини є найголовнішим завданням [3].

Принцип дистрибутивної справедливості по відношенню до вмираючих не працює ані в частині виділення достатніх ресурсів на вирішення проблеми знеболювання, ані в частині гідної оплати праці пер-

## Філософські та духовні засади розвитку паліативної допомоги

соналу. Суспільство не може бути здоровим морально та фізично, якщо з економічних міркувань перестає піклуватися про невиліковно хворих людей.

Починаючи з 20 століття, більшість людей зустрічає смерть у лікарнях, тобто в деритуалізованому середовищі. Виведення смерті за межі ціннісно-смиислової сфери сучасної західної цивілізації породжує негативне ставлення до страждання і прагнення до витіснення його з життя, щоб максимально полегшити перехід до смерті, чим і пояснюється зростаюча кількість прихильників активної евтаназії. Вмирання і смерть передані в руки професіоналів: лікарів, патологоанатомів, працівників крематоріїв і кладовищ. Вони обставляються техніками, основна мета яких — уберегти живих від травмуючої дії смерті. А заради цього зробити все необхідне швидко і чисто, як можна більш осторонь від повсякденного життя.

Вимоги до якості життя, що суттєво зросли останнім часом, прагнення до «комфортної смерті» змінюють ставлення до форм, які супроводжують смерть, перш за все до естетичного оформлення тіла і всього похоронного обряду. Померлий повинен «бути схожим на живого», виглядати природно, відповідно до властивій сучасній культурі ідеї про протиприродність смерті. Сучасний французький філософ Ж. Бодрійяр зазначив, що перетворення тіла померлого на «симпатичне опудало» свідчить про неповагу до смерті, про прагнення «приборкати спад знаків плоті» заради штучного утримання в колі живих. Подібне ставлення до похоронних обрядів, на його думку, не виправдано перекинує символічний обмін між світом живих і мертвих в інтересах індустрії суспільства споживання [1, с. 316].

Особливо наочно розуміння того, що собою являє життєвий простір людини, демонструє архітектура. У просторі сучасного міста практично не передбачається проживання хронічно хворої людини. Тут ми стикаємося з будинками без ліфтів або з ліфтами, в які не в'їде інвалідна коляска. Непристосованими для цих же колясок є також сходи та під'їзди. У вузькі прольоти сходів і ліфти при всьому бажанні не увійдуть санітарні ноші, не кажучи вже про необхідність виносити труну. Існує загроза того, що страждання, вмирання і смерть, яким не знаходиться місця в організації життєвого простору людини, також стають витісненими із суспільної свідомості, виключеними з простору соціальної комунікації. Суспільство через різні механізми, у тому числі і механізми організації архітектурного простору, несвідомо, але по суті безжально, дискримінує тих, хто волею долі випадає за рамки панівного розуміння норми.

Дія аналогічного стереотипу виявляється також у сучасній медицині. У клінічній теорії і практиці

переважають концепції і підходи, які не розглядають хворобу і смерть як природні складові людського життєвого простору. Над усім різноманіттям форм патології тяжіє модель гострого захворювання. Зовнішні фактори викликають відхилення в гомеостазі, а лікар за допомогою лікувальних впливів повертає організм у стан, максимально наближений до ідеального. Самий по собі подібний ідеал радикальної терапії є виправданим, але він набуває негативних ознак, коли закриває від дослідників і практиків реальну неминучість форм патології, що характеризуються незворотними змінами метаболізму. Якщо у випадках гострої патології людина мислить свій стан як тимчасовий, який слід якнайшвидше подолати, то з певною стадією хронічного захворювання подібне прагнення стає ілюзорним. Хвороба перетворюється в невід'ємну частину життя, життєвого простору хворого. Фізичний світ, з яким невиліковні хворі взаємодіють безпосередньо, усе сильніше звужується. Суб'єктивно все більшу роль відіграють речі, які виконують допоміжну функцію: тростина, візок, апарати підтримання життя.

Однак модель ставлення до хронічного хворого залишається тією ж, що і до гострого. Не в плані призначень і приписів, а в плані принципової установки свідомості. Це знову ж відображене в концепції архітектури лікарняного простору. Для хворого з гострою формою патології обмеження простору життєдіяльності палатою, ліжком, процедурною, коридором, їдальнею, туалетом мислиться як тимчасова і прийнятна «плата» за повернення до нормального життя. Але наскільки вона прийнятна для хронічного (наприклад, психіатричного) або онкологічного хворого, який проводить не дні, а місяці і роки, часто більшу частину життя, в стінах клініки? Клініка будується для людини, яка досить швидко й ефективно може повернутися до норми.

Концепція лікарняного простору не припускає, що в ньому має бути місце для перебігу повноцінного людського життя громадян, які прикуті до клініки, в тому числі багатьох тисяч дітей. Тим більше в архітектурі лікарняного простору немає місця для вмирання. Принципова вада сучасної лікарняної «технології» полягає в ізоляції вмираючих хворих — часом десь за ширмою в кутку коридору. Добре, якщо вмираючого помістять в окрему палату. У найважчий момент життя людина залишається наодинці з власною смертю.

Основна частина життя людини проходить на мікросоціальному рівні, тобто на рівні базисних міжособистісних відносин. Тут діють свої мовчазні анонімні апарати влади і придушення прав людини.

Вони спрацьовують, коли ми повертаємося спиною до інвалідів, хронічних хворих і вмираючих, позбавляючи їх соціального простору, соціально ізолюючи. Але це насильство, як бумеранг, рано чи пізно повернеться до кожного у формі страху. Страху бути кинутим на самоті перед лицем страждання і смерті. Кинутим не в сенсі відсутності знеболюючих засобів, а в сенсі відмови спілкуватися.

Найбільш адекватним терапевтичним методом роботи з вмираючими сьогодні вважається логотерапія В. Франкла. Суть її в тому, що життя людини не може позбутися сенсу за жодних обставин, навіть при фатальному захворюванні на порозі смерті. Сенс завжди може бути створений на основі трьох екзистенціальних людського існування: духовності, свободи і відповідальності [6, с. 174].

Людина сучасної культури продовжує відчувати потребу в ритуалі, як в адаптивному механізмі, що обслуговує простір життя-вмирання, і що полегшує переживання горя. Суспільства, в яких продовжують жити релігійні традиції ставлення до смерті, не жили ритуал як колективну дію, яка провадить символічний обмін між живими і мертвими. Поминальний обряд у день похорону, дотримання ритуальних поминання на дев'ятий, сороковий дні, через рік, мають соціально-терапевтичний вплив на живих.

Соціальна легітимація сучасної паліативної медичної допомоги у життєвому просторі сучасної людини знаходить переконливі аргументи в конструктивістській «теорії публічних арен» С. Хілгартнера і Ч. Боска [8]. Згідно з цією концепцією, групи й індивіди, які беруть участь у формуванні громадської думки, є «функціонерами». Саме вони визначають, як і яким чином соціальна проблема буде сформульована. Відбір публічних арен включає конкуренцію, культурні акценти, потребу в драматичності і новизні, ритм організаційного життя і політичні пріоритети. Проаналізуємо можливості зазначених публічних арен у контексті паліативної допомоги.

Проблема паліативної медицини в Україні не є конкурентоспроможною у просторі публічних арен. На жаль, гуманітарні технології облаштування соціального простору не є органічною складовою ринкових відносин, а тому вимагають активного втручання держави і громадянського суспільства для забезпечення принципів справедливості, для вкорінення через виховання в менталітеті сучасної людини традиційних смислів життя (історичної пам'яті, спадкоємності і зміни поколінь, духовного наслідування). Дане питання активно розглядається лише в наукових спільнотах, а також іноді виноситься на розгляд у ЗМІ. Але соціальне визнання

паліативної допомоги може і має конструюватися різними публічними аренами громадянського суспільства. Серед них засоби масової інформації (радіо- і телепередачі, кінофільми, друковані та інтернет-видання газет і журналів); наукові спільноти: медичні, філософські, правознавчі, соціологічні, релігійні і політичні, а також біоетика як соціальний інститут.

«Функціонерами» змушені ставати й самі пацієнти, які страждають від невиліковних захворювань. Їхні інтереси пов'язані з бажанням привернути увагу до необхідних змін у системі паліативної медицини. Серед «функціонерів» вагоме місце займають лікарі, чий інтереси пов'язані із захистом своїх прав та медичної етики в суперечливих і неоднозначних ситуаціях, таких як штучне підтримання життя. Родичі пацієнтів також стають «функціонерами», бо їхні інтереси пов'язані із захистом їхніх власних прав і прав невиліковно хворих родичів. Роль «функціонера» відіграють також організації паліативної допомоги, насамперед хоспіси. Вони привертають громадську увагу та залучають волонтерів до забезпечення гідного догляду за тяжко хворими людьми.

Хоспіси та інші заклади паліативної допомоги мають вагомий соціальний ресурс, що істотно змінює зміст життєвого простору сучасної людини, легітимуючи в ньому статус інкурабельного страждання і вмирання. Хоспіс є значним кроком на шляху захисту фундаментального права людини – права на гідне життя до кінця. Хоспіс слід розглядати не як будинок смерті, а як місце «життя до кінця», життя, в якому образ самотнього страждальця розчиняється в соціальній дії, спрямованій на створення більш «комфортної» смерті. Обговорення різних точок зору щодо суспільного призначення хоспісів веде до встановлення консенсусу і, зрештою, до зміни законів. Тим самим сучасне суспільство виробляє форми санкціонування права на гідне життя до смерті.

## Висновки

З огляду на специфіку розвитку українського суспільства, де завжди була і зараз залишається найбільш психологічно прийнятною патерналістська модель ставлення до немічності, можна стверджувати, що саме гуманітарні технології облаштування соціального простору для тяжко хворих людей, які здійснюються під патронатом держави, потребують сьогодні пропаганди і впровадження в практику повсякденності. Лише за цих умов життєвий простір невиліковних хворих може забезпечити їм гідне існування протягом останнього відвітку життя.

## Література

1. Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть / Ж. Бодрийяр. — Москва: Добросвет, 2000. — 387 с.
2. Визначення паліативної допомоги Всесвітньою Організацією охорони здоров'я [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.who.int/cance/palliative/defenition/en/>. — Назва з екрану.
3. Князевич В. М. Українська паліативна ліга: підсумки п'ятиріччя діяльності та плани на майбутнє / В. М. Князевич, Р. О. Моїсеєнко // Реабілітація та паліативна медицина. — 2016. — № 1 (3). — С. 6–10.
4. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 07.07.2011 р. № 3611-17. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>. — Назва з екрану.
5. Ученые определили, в какой стране лучше всего умирать — Украина в хвосте рейтинга [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.dsnews.ua/world/uchenye-opredelili-v-kakoy-strane-luchshe-vsego-umirat--10032016123500>. — Название с экрана.
6. Франкл В. Человек в поисках смысла / В. Франкл. — Москва: Прогресс, 1990. — 368 с.
7. Хайдеггер М. Бытие и время / М. Хайдеггер. — Москва: Ad. Marginem, 1997. — 451 с.
8. Хилгартнер С. Рост и упадок социальных проблем: концепция публичных арен [Электронный ресурс] / С. Хилгартнер, Ч. Л. Боск. — Режим доступа: <http://gtmarket.ru/laboratory/expertize/2008/2704>. — Название с экрана.

### Умирание и смерть в жизненном пространстве современного человека

**Е.И. Карпенко**

*Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина*

Требования паллиативной помощи существенно углубляют понятие «жизненное пространство человека», артикулируя и защищая физические, социальные, психологические и духовные составляющие качества жизни пациента с неизлечимым (смертельным) заболеванием и членов его семьи. Жизненное пространство является формой существования и необходимым условием социализации и социальной поддержки неизлечимо больного человека. Здесь происходит его ресоциализация (восстановление утраченных из-за болезни социальных качеств). Потенциал семьи, как основы социальности, а также вклад гражданского общества являются значимыми для решения проблемы. Система современных общественных ценностей в значительной мере обусловлена рыночными интересами. Именно поэтому гуманитарная концепция обустройства социального пространства для тяжело больных людей нуждается в пропаганде и внедрении в практику повседневности при поддержке государственных структур.

**Ключевые слова:** жизненное пространство, неизлечимо больной пациент, умирание, смерть, паллиативная медицина, хоспис.

### Dying and death in the living space of modern man

**Kateryna Karpenko**

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

The requirements of palliative care significantly deepen the concept of «human living space», articulating and defending the physical, social, psychological and spiritual components of quality of life of the patient with an incurable (fatal) disease and his family members. The living space is a form of existence and a necessary condition for the socialization and social support to terminally ill person. His re-socialization (recovering of the social qualities, lost due to illness) takes place here. The potential of family as a social framework as well as the contribution of civil society is important to address the problem. The system of modern social values is largely caused by market interests. That is why the humanitarian concept of arranging of the social space for terminally ill people requires the promotion and implementation into the practice of everyday life with the support of government agencies.

**Keywords:** living space, terminally ill patient, dying, death, palliative medicine, hospice.

---

#### ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

**Карпенко Катерина Іванівна** — д.філ.н., проф., проф. каф. філософії Харківського національного медичного університету. Адреса: м. Харків, проспект Науки, 4; тел. (057) 707-73-38.

Стаття надійшла до редакції 26.09.2016 р.