

Місержи Світлана Дмитрівна,
*кандидат політичних наук, доцент,
доцент кафедри філософії, біоетики та історії медицини
Національного медичного університету імені О.О. Богомольця
orcid.org/0000-0003-4159-5808
miserjiSD@gmail.com*

ФІЛОСОФСЬКІ ТА БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ СМЕРТІ ТА ВМИРАННЯ

Роздуми про смерть та вмирання завжди хвилювали людство. Їхнє осмислення має культуруутворююче значення і незмінно зростає в періоди воєн, епідемій, катастроф. Співчуття до вмираючого є важливою рисою людяності. У науці закріпилося уявлення про домінування щодо смерті та вмирання двох культур – сотеріологічної та гедоністичної. Європейська традиція філософського осмислення проблеми вмирання та смерті була закладена в античні часи. У Новий час смерть та вмирання стали предметом наукового пізнання. Завдяки здобуткам медицини та фармакології протягом ХХ століття смерть та вмирання медикалізуються. Проблематика вмирання виходить на перший план. З початку 70-х років досягнення біомедицини та біотехнологій технологізують, адмініструють і певною мірою комерціалізують вмирання та смерть. Біоетика, зокрема біомедична етика, стає основним дискусійним майданчиком осмислення можливостей, значення та наслідків застосування досягнень біомедицини та біотехнологій для окремої людини та людства загалом. Власне, їх розвиток та застосування, зокрема на етапі завершення людського життя, що створюють етично навантажені ситуації між лікарем та пацієнтом, медициною та суспільством, детермінували оформлення біоетики як нової етичної системи. Пошук нових критеріїв смерті враховує необхідність правового забезпечення посмертної трансплантації. Смерть певною мірою стає технологічним епіфеноменом. Завдяки розвитку сучасної медицини та охорони здоров'я зона вмирання як стану невизначеності якісно змінюється, розширюється та змінює свій часовий вимір від десятиліть до кількох хвилин клінічної смерті.

Ключові слова: смерть, вмирання, сотеріологічна культура, гедоністична культура, критерії смерті, вегетативний стан, повна деструкція мозку, клінічна смерть, біологічна смерть, активне вмирання, евтаназія, асистоване самогубство, медикалізація, технологізація смерті та вмирання.

Miserzhy Svitlana,
*Ph.D. in Political Science, Associate Professor,
Associate Professor at the Department of Philosophy,
Bioethics, and History of Medicine
Bogomolets National Medical University
orcid.org/0000-0003-4159-5808
miserjiSD@gmail.com*

PHILOSOPHICAL AND BIOETHICAL ASPECTS OF DEATH AND DYING

Reflections on death and dying have always troubled humanity. Their comprehension carries a culture-forming significance and invariably intensifies during periods of war, epidemics, and catastrophes. Compassion towards the dying is an important aspect of humanity. In science, the notion of the dominance of two cultures regarding death and dying has become established – soteriological and hedonistic. The European tradition of philosophical contemplation of the problem of dying and death was established in antique times. From the 17th century, death and dying have become subjects of scientific knowledge. Thanks to advances in medicine and pharmacology throughout the 20th century, death and dying have become medicalized. The issue of dying comes to the forefront. Since the early 1970s, the achievements of biomedicine and biotechnology have technologized, administered, and, to some extent, commercialized dying and death. Bioethics, including biomedical ethics, becomes the main platform for contemplating the possibilities, significance, and consequences of applying the achievements of biomedicine and biotechnology for individuals and humanity as a whole. Their development and application, including at the stage of completing human life, creating ethically charged situations between doctor and patient, medicine, and society, determined the formation of bioethics as a new ethical system. The search for new criteria for death takes into

account the need for legal provision of posthumous transplantation. Death, to some extent, becomes a technological epiphenomenon. Thanks to the development of modern medicine and healthcare, the zone of dying as a state of uncertainty changes qualitatively, and its temporal dimension expands and varies from decades to several minutes of clinical death.

Key words: death, dying, soteriological culture, hedonistic culture, criteria of death, vegetative state, complete brain destruction, clinical death, biological death, active dying, euthanasia, assisted suicide, medicalization, technologization of death and dying.

Проблематика вмирання та смерті людини є однією з центральних протягом усієї історії філософської думки. Так, Платон у своєму діалозі «Федон» вкладає в уста Сократа знамениту фразу: «Ті, що по-справжньому присвятили себе філософії, розмірковують, власне, про одне – про відхід із життя і смерть» (Платон, 1999, с. 240). Ця тема зберігає своє місце і в біоетиці, яка намагається осмислити з етичних позицій проблеми застосування людиною досягнень біомедицини та біотехнологій.

Усвідомлення своєї смерті є детермінантом людської культури. Незважаючи на співіснування в сучасних суспільствах різних етичних уявлень, закріпилася думка, що з точки зору інтерпретації проблематики вмирання та смерті домінують два підходи: сотеріологічний та гедоністичний. Дискусії щодо ставлення людини до смерті ведуться насамперед з цих позицій. Так, носії сотеріологічної свідомості та поведінки, ухвалюючи конкретні рішення, наприклад, під час вибору методів профілактики та лікування, виходять з уявлень про духовно-тілесне спасіння людини, спасіння як звільнення від матеріального світу, подолання бажань та пристрастей (воскресіння, загробне життя), що існують у багатьох релігіях. Носії ж гедоністичної культури вважають, що необхідно прагнути максимізації щастя і задоволення, мінімізації страждань і болю. Вони визнають безумовну цінність земного життя і не розглядають насолоду як щось таке, що слід заслужити праведним земним життям і відкласти до вічного життя. Розвиток сучасної медицини до певної міри сприяло зміцненню позицій другого підходу.

Безсумнівно, цей поділ є умовним, і розмаїття інтерпретацій проблеми сягає історії, починаючи з античності. Так, філософські аспекти сотеріологічних уявлень були викладені Платоном насамперед у його вченнях про ідеї та душу. Він вважав, що ідеї вічні і незмінні, а навколишній світ речей є лише відображенням істинного світу – світу ідей. До цього світу й спрямовується безсмертна душа на момент

смерті людини. Смерть – це визволення душі з в'язниці тіла. Щоб наблизитись до істини, необхідно вийти за межі речей. Смерті не варто боятися, вона уявна, оскільки є переходом з одного стану в інший. У діалозі «Горгій» Сократ цитує Евріпіда: «Хто скаже, знає хто, чи смерть не є життя, життя – не смерть? (Платон, 1999, с. 200). Надалі сотеріологічні погляди знайшли своє оформлення в трактатах середньовічних теологів, основні положення яких полягають у визнанні невідворотності смерті та рівності всіх перед нею; двоїстому уявленні про людину (безсмертна душа та тлінне тіло). Господь воскресить душі гідних, а душа – субстанція, протилежна ідеї смерті. Так, в Євангелії від Іоанна лунають слова: «Істинно, істинно говорю вам: хто дотримається слова Мого, той не побачить смерті навіки» (Євангеліє, 2004, розділ 8, вірш 51).

На думку гедоністів, страх смерті безглуздий, оскільки людині не доступний досвід своєї смерті. Вона може стикатися лише зі смертю інших. Відомі слова Епікура про те, що коли ми є, то смерті ще немає, коли смерть настає, то нас вже немає. Гедоністи виходять з того, що людський розум може осмислити реальність і в ній є місце для щастя, яке полягає у відсутності страждання і занепокоєння, в тому числі перед неминучістю смерті. Людина самодостатня, тому для досягнення щастя і спокою вона не потребує нічого, крім себе самої. Водночас стоїки запропонували інше бачення: смерть сама по собі не пов'язана зі стражданнями, оскільки вона є припиненням будь-яких відчуттів. Після смерті ми повертаємось у стан, у якому ми перебували до народження, коли ми нічого не відчували.

Смерть та вмирання стають науковою проблемою у Новий час. Розвиток природничо-наукового знання започаткував їх розгляд як біологічних процесів, властивих всьому живому і неминучих. Починається вивчення смерті як соціального феномена (особистісний характер смерті, індивідуальний характер та символізм

поховань), з'являються поняття «гідна смерть», «безболісна смерть», «героїчна смерть». Формуються ідеї символічного безсмертя, цінності людського життя, яке стане поворотним моментом у європейській соціогуманітарній думці.

Дослідження проблематики смерті та вмирання у Новітній час пов'язане з осмисленням, з одного боку, драматичної історії першої половини ХХ століття – двох світових воєн, Голокосту, епідемії іспанки, з іншого боку – значних наукових досягнень, зокрема, біології та медицини в цей час. Так, рефлексія цих трагічних подій в контексті проблем смерті та свободи посідала особливе місце у філософії екзистенціалістів. Вони доходять того, що людині необхідно розмірковувати над такими сторінками історії, пов'язаними зі стражданнями і загибеллю людей, оскільки це стає імпульсом до розуміння того, що для неї важливо і чим вона набуває справжньої свободи. Усвідомлення неминучості та індивідуальності смерті спонукає особистість до реалізації себе як проекту, в якому свобода виступає ідеалом і водночас умовою здійснення. Жан-Поль Сартр у своїй роботі «Буття і нічого: досвід феноменологічної онтології», наполягаючи на приналежності смерті до людської сутності, пише: «Не існує більше іншого боку життя, а смерть є людським феноменом. <...> Це феномен мого особистого життя, що робить із цього життя унікальне життя» (Sartre, 1943, р. 577). Людина, визнаючи та приймаючи свою смерть, повністю звільняється від її ілюзорного примусу. Смерть стає невідчужливою над її буттям, і людина набуває свободи.

В історії медицини загально визнано, що війни та епідемії є факторами, як це не сумно усвідомлювати, що стимулюють її розвиток. Досягнення медичної науки та практики першої половини ХХ століття сприяли певному переосмисленню питань вмирання та смерті, значною мірою переносячи науковий інтерес на процес вмирання. Так, профілактика та лікування термінальних станів, оживлення організму, за визначенням академіка Володимира Олександровича Неговського, стають предметом науки, що оформляється, – реаніматології. Академік В.О. Неговський, виходець з України (Чернігівська область), є автором термінів «реанімація» та «реаніматологія». Під час Другої світової

війни у своїй докторській дисертації «Відновлення життєвих функцій організму, що перебуває в стані агонії або період клінічної смерті» (1943) він вводить в науковий обіг та розділяє поняття клінічної та біологічної смерті. Визначає клінічну смерть як перехідний процес від життя до смерті біологічної, тобто незворотної, виділяючи клінічну смерть як етап вмирання, який долається за допомогою досягнень медицини. Після публікації в англomовному журналі *American Review of Soviet Medicine* 1945–1946 ці поняття стають загальноприйнятими у світовій науці. Це був основоположний етап на шляху становлення та визнання у 1961 році реаніматології як самостійної медичної науки, предметом дослідження якої стали основні закономірності згасання (вмирання) та відновлення функцій організму людини (Усенко, 2020, с. 136–145).

З початку 60-х років ХХ століття у зв'язку з досягненнями медицини, у тому числі реаніматології, вмирання та смерть стають медичними проблемами. Предмет дослідження переноситься на вмирання як процес прогресуючого пригнічення життєвих функцій організму та розпаду систем, що забезпечують гемостаз; процес, який не може бути припинений власними силами організму і без допомоги ззовні неминуче призводить до смерті. Розвиток медицини та охорони здоров'я сприяв успішній боротьбі зі смертельно небезпечними захворюваннями, особливо інфекційними. Мільйони людей з невиліковними захворюваннями, такими як діабет, алергія, астма, гіпертонічна хвороба, отримали можливість вижити та жити якісно і соціально активно. Також медицина дає надію пацієнтам з такими прогресуючими, незалежно від лікування захворюваннями, які очікувано призводять до смерті, як рак, пізніше ВІЛ. Чи можна цей важкий шлях, сповнений віри та боротьби пацієнта та лікаря з такими хворобами, який може тривати не лише місяці, але й десятиліття, розглядати як етап вмирання? Сьогодні медицина для термінальних пацієнтів пропонує продовження лікування, догляд, паліативну медицину, хоспісну допомогу, евтаназію, зокрема асистоване самогубство. Вони породжують величезну кількість етичних питань, які вирішуються в межах біоетики та біоправа, що оформилися в 1970-х роках.

У 1968 році американським клітинним біологом Річардом Локшином була відкрита «програмована клітинна смерть» (його термін). Він довів, що клітини мають помирати, щоб жив організм. У 1972 році був відкритий апоптоз. Наші клітини запрограмовано вмирають і організм оновлюється, заповнюючи втрачені клітини шляхом поділу. Ракові клітини безсмертні, але смертельні для людини. Було започатковано перспективні дослідження генетично обумовленої клітинної природи старіння, вмирання та смерті людини (Warraich, 2017, р. 10). «Людина починає вмирати з моменту народження <...> вірніше, вона живе і вмирає одночасно», – писав Блаженний Августин у праці «Про місто Боже» (Блаженний, 2005, кн. 13, гл. 10).

Досягнення біомедицини та біотехнологій із 70-х років сприяли технологізації вмирання та смерті. Стало можливим підтримувати життя у комі чи вегетативному стані тривалий час. Час смерті, пов'язаний із відключенням від штучних систем підтримки життєдіяльності людини, найчастіше ставав рішенням лікаря та/або родичів. Невизначеність статусу пацієнта, коли він уже не живий, але й не мертвий, поставив перед медициною, власне розвиток якої сприяв появі таких станів, перед розробленням критеріїв смерті. Необхідно було розробити інструмент констатації смерті, визначення часу ефективності/неефективності реанімаційних заходів, забезпечення правової основи посмертного донорства.

Від самого початку дискусії точилися навколо визнання смерті кори головного мозку як критерію людської смерті. Відомо, що деструкція кори головного мозку як біологічної основи особистості призводить до незворотної втрати людиною свідомості. Такий підхід пов'язує смерть виключно зі свідомістю. У такому разі слід було персистуючий вегетативний стан ідентифікувати як смерть. Як говорив великий Рене Декарт, “Cōgitō ergō sum”. Проте сама медична практика призвела до відмови від такого рішення. Зокрема, випадки народження дітей пацієнтками у комі та вегетативному стані поставили крапку у цих дебатах. Мертва система не може відтворювати себе. Сьогодні вже відомі численні випадки народження дітей пацієнтками з такими діагнозами. Так, у 2019 році після випадку народження дитини пацієнткою, яка перебуває

14 років у постійному вегетативному стані, доктор-експерт Дебора Фельдман заявила, що вона досліджувала ще 10 подібних випадків. Вона зазначила, що новий випадок «каже про те, що у пацієнтки насправді були органи, що нормально функціонують <...> Біологічно її організм дійсно функціонував дуже добре, щоб виростити доношену дитину» (Scutti, 2019). Слід зазначити, що завдяки розвитку медицини є поодинокі випадки повернення свідомості у таких пацієнтів. Один із них – відомий німецький автогонщик Формули-1, семиразовий чемпіон світу Міхаель Шумахер.

У 1968 році спеціальна комісія Гарвардського університету встановила нові критерії кінця людського життя, незважаючи на запеклі дискусії. Було визначено, що пацієнт вважається мертвим з того моменту, як належні медичні тести встановили смерть всього мозку (не лише кори, але й мозкового стовбура), навіть якщо пацієнт продовжує дихати завдяки роботі реанімаційної техніки (Beecher, 1968, р. 85). Як бачимо, в основі нових критеріїв смерті лежить не припинення серцебиття та дихання, а повна деструкція головного мозку. «Сіднейська декларація щодо констатації факту смерті», прийнята у 1968 році і доповнена у 1983 році Всесвітньою Медичною Асамблеєю, свідчить про таке: «Смерть є послідовним процесом загибелі окремих клітин і тканин, неоднаково стійких до кисневого голодування. <...> Момент настання смерті відповідає моменту незворотного припинення інтегративних функцій головного мозку, зокрема стовбурових функцій. <...> Медична етика дає змогу припинити всі реанімаційні заходи в момент настання смерті, а також вилучити трупні органи, якщо отримана необхідна згода і законодавство країни не забороняє цього» (Сіднейська, 1968, 1983). Виходячи з цього, з 80-х років ХХ століття тільки повна дисфункція головного мозку визнається єдиною основою для констатації смерті людини. Так, у ст. 52 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» зазначається таке: «Моментом незворотної смерті людини є момент смерті її головного мозку або її біологічна смерть. <...> Смерть мозку визначається за повного і незворотного припинення всіх його функцій, що реєструється **при працюючому серці і штучній вентиляції легень**» (Закон України, 1993). Виділена нами частина

тексту статті має особливе значення у реаніма-тологічній та трансплантологічній практиках. Саме можливості реаніматології підтримувати серцебиття та дихання на спеціальних препа-ратах та апаратах виключили зупинку їхньої діяльності з критеріїв смерті.

Не можна сказати, що питання констата-ції смерті перестало викликати питання. Реаніматологія та трансплантологія є локомоти-вами сучасної медицини. Для трансплантації потрібні живі та здорові органи. Стандартне твердження, що пацієнт з повною деструкцією мозку може бути визнаний мертвим, за дотри-мання певних медико-технологічних та юри-дичних вимог, тому що через певний час неми-нуче його серце та дихання зупиняться, містить суперечність. В ньому є іманентно присут-нім визнання серцебиття як критерію смерті. Мозок людини залишається органом, який наразі не має штучної системи заміщення та не піддається пересадці. Кілька компаній займа-ються створенням штучного аналога головного мозку. Найвідоміша з них нейротехнологічна компанія “Neuralink”, придбана Ілоном Маском у 2017 році. Якщо ця робота буде успішною, то медицина та суспільство знову постануть перед необхідністю пошуку нових показників вста-новлення біологічної смерті людини.

Встановлення смерті було перенесено зі сфери авторитету лікарської компетентності у сферу законодавчої регламентації, отже, владних відносин. Життя, як і смерть, ста-ють політичними категоріями, предметним полем, зокрема біополітики. Саме в зоні неви-значеності – на етапі вмирання, через який належить пройти кожній людині, стираються її соціальні характеристики і вона проявля-ється як «голе життя» за Джорджо Агамбеном. Регламентація державою встановлення смерті є змішанням біологічного та політичного, її порушення передбачає покарання. Межі зони вмирання (між життям та смертю) стають полі-тичними. «Реанімаційний бокс, у якому коли-ваються між життям і смертю «новомертвий», «поза межна кома» і «псевдоживий», є простір виключення, де «голе життя» постає як таке, яке вперше повністю контролюється людиною та її технологіями. І оскільки йдеться не про природне тіло, а про граничне втілення homo sacer («істота, проміжна між людиною і твари-ною»), саме тому ставкою в грі знову ж таки

виявляється визначення такого життя, яке може бути вбито без скоєння вбивства» (Agamben, 1998, p. 164–165).

З початку 70-х років біоетика стає основним дискусійним майданчиком фахівців у галузях медицини, біології, філософії, права, психо-логії, соціології, політології, які намагаються осмислити можливості, значення та наслідки застосування досягнень біомедицини та біотех-нологій. Власне, їх розвиток та застосування, що створюють етично навантажені ситуації між лікарем та пацієнтом, медициною та суспіль-ством, детермінували її оформлення як нової етичної системи. Звичайно ж, на етапі завер-шення людського життя в сучасній медицині створюється безліч ситуацій, які гостро пере-живаються, оскільки не мають однозначного рішення, часто припускають тільки вибір. Базо-вим принципом біоетики є принцип автономії пацієнта, який передбачає його добровільну інформовану згоду на основі повної та досто-вірної інформації (наскільки вона може бути такою, коли йдеться про нові медичні рішення), а також на основі його внутрішніх мораль-них мотивів (Місержи, 2022, с. 164). Так, у 1975 році Карен Енн Куїнлан (21 рік) впала в кому, за якою послідував стійкий вегетатив-ний стан. Через рік, на підставі позову батьків, було ухвалено рішення про її відключення від апарату штучної вентиляції легень без вида-лення зонда для годування. Напрочуд, Карен продовжувала дихати без сторонньої допомоги і на штучному харчуванні прожила ще 9 років. Батьки пояснили своє рішення: «Ми ніколи не просили, щоб вона померла. Ми просто про-сили повернути її у природний стан, щоб вона могла померти в божий час» (Nessman, 1996).

Біоетика припускає біографічність хвороби. Визначаючи смерть мозку як критерій смерті, не заперечується складність його патогенезу та відповідальність медицини за життя людей, добровільна інформована згода не розгляда-ється як індульгенція. Біоетика виходить з того, що в суспільстві співіснують різні етичні сис-теми координат, тому можливості перенесення ухвалення рішень на законодавчий рівень вкрай обмежені. Достатньо нагадати тривалу історію законодавчого забезпечення трансплантології в Україні, яка завершилась ухваленням закону, в основі якого лежить презумпція незгоди. Звичайно, на прийняття таких рішень впливає

рівень міжособистісної довіри у суспільстві, довіри до медицини, судової системи тощо. Також потрібно визнати, що вартість лікування та догляду за пацієнтами, наприклад на останніх стадіях раку, у комі та вегетативному стані, є значною. Національні системи охорони здоров'я не в змозі самостійно впоратися з такими ресурсними витратами. У різних державах є свої особливості, але здебільшого підтримка життя таких пацієнтів через пів року/рік (залежно, наприклад, від діагнозу та віку пацієнта) стає фінансовим вибором сімей, часто із залученням допомоги благодійних фондів. Нові біомедикотехнологічні рішення є дорогими, тому стають сферою інтересу бізнес-груп. Технологізуючись, вмирання комерціалізується. Ось чому біоетика акцентує увагу на принципі справедливості, який розглядається як поєднання концепцій розподільної та урівнюючої справедливості (Місержи, 2020, с. 34–35).

Розвиток охорони здоров'я став важливою складовою частиною реалізації невід'ємного права людини на життя, яке охороняється законом. З 70-х років поживається дискусія про те, чи не призводить надмірне зосередження медицини на боротьбі за життя людини, особливо у станах його невизначеності, до порушення прав людини на смерть. Не зупиняючись докладно на біоетичних проблемах евтаназії, які вимагають окремого розгляду, у контексті нашої теми слід зауважити, що поняття «право на смерть» і «право на евтаназію» не є тотожними. Евтаназія є медичною процедурою, яка вимагає певної лікарської кваліфікації, а також відповідного медичного та психічного статусу пацієнта. Право на евтаназію визнається лише за пацієнтами на термінальній стадії, на основі добровільної інформованої згоди, наданої ними у дієздатному та компетентному стані. Це медична процедура, що регламентується законодавством як результат суспільного договору. Противники евтаназії акцентують увагу на праві на життя та необхідності розвитку паліативної медицини, хоспісної підтримки. Прихильники реалізації права на смерть, зокрема для термінальних хворих, наполягають на тому, що такі тяжкі стани пацієнтів породжені самою медициною і вона має брати на себе відповідальність за припинення їх страждань. При цьому представники медичної спільноти, які є прихильниками евтаназії, відстоюють такий її різновид,

як асистоване самогубство. Досвід Швейцарії, в якій вже тривалий час застосовується евтаназія як асистований суїцид, у тому числі для резидентів інших країн, демонструє, наскільки ця проблема чутлива і складна. Швейцарці не ухвалили закон про дитячу (для неповнолітніх) евтаназію. Обговорення на громадському рівні то активізуються до проведення референдуму, то вщухають.

Так, у 2009 році британський диригент Едвард Даунс (85 років) не був смертельно хворим. Він впорався з наростаючими глухотою та сліпотою протягом багатьох років і став майже повністю залежним від своєї дружини. Коли його дружині (74 роки) діагностували невиліковний рак підшлункової залози та їй залишилося жити лише кілька тижнів, вони вирішили разом піти з життя за допомогою асистованого самогубства (клініка Dignitas у Цюриху). Даунс міг й далі жити зі своєю глухотою та сліпотою, але він не хотів цього без дружини (Asthana, 2009). Цей випадок викликав дискусії щодо можливості застосування евтаназії не лише смертельно хворими пацієнтами, але й здоровими літніми людьми. Чи є старість хворобою? Чи є старіння вмиранням?

Медикалізація та технологізація вмирання й смерті сприяли все більшій популярності в сучасному суспільстві трансгуманістичного світогляду. Його представники вважають, що завдяки розвитку науки можна перемогти хвороби, подолати старість, досягти безсмертя і надати людині право вибору, помирати чи не помирати. Трансгуманісти вважають, що за допомогою новітніх технологічних рішень можна впливати на тіло людини, не тільки звільняючи її від усіляких недуг, але й удосконалюючи природно задані її параметри. Вони натхненні можливостями застосування біологічних трансплантатів, редагування ДНК (хімеризація, біоакінг) та небіологічного походження імплантатів (кіборгізація) (Місержи, 2019, с. 157–162). Трансгуманісти покладаються на розвиток штучного інтелекту та його перенесення на зовнішні носії (цифровий мозок). Сьогодні завдяки інформаційним технологіям вже можливо залишатися в комунікації після фізичної смерті, якщо, звичайно, сервери *Google* не відключаться.

У 2019 році ВООЗ випустила нову, 11-у редакцію Міжнародної класифікації

хвороб МКХ-11. У ній вперше йдеться про хвороби, «пов'язані зі старінням», передбачено код ХТ9Т. Йдеться про захворювання, викликані патологічними процесами, які стійко призводять до втрати адаптації та розвиваються у літньому віці (Khaltourina, 2020). Таким чином, ВООЗ визнала старіння сукупністю патологічних процесів, що лежать в основі деяких захворювань. Потрібно сказати, що надмірна медикалізація смерті вплинула на те, що часто поза увагою залишаються її побутові, соціальні фактори, наприклад, пов'язані з катастрофами, насильством, війнами. Так, за даними ВООЗ, «в Африці більшість смертей викликано інфекціями нижніх дихальних шляхів та ВІЛ/СНІДом, тоді як в Американському регіоні та регіоні Східного Середземномор'я до десяти основних причин смерті входить насильство» (World Health Organization, 2018).

Розширення медициною меж етапу завершення людського життя ускладнило категоризацію його проявів та призвело до використання понять, які «непослідовно застосовуються» (Hui, 2014). Разом з достатньо усталеними поняттями «клінічна смерть», «термінальний стан» використовуються, наприклад, «перехідний догляд» (“transition of care”), «активне вмирання» (“actively dying”), «невеликовно хворий» (“terminally ill”), «термінальний догляд» (“terminal care”). Так, якщо часовий вимір клінічної смерті становить кілька хвилин, то «активне вмирання» найчастіше використовують як години або дні виживання, а поняття «в кінці життя», «невеликовно хворий» і «невеликовний догляд» – як стан, що обмежує життя з незворотним погіршенням і очікуваним виживанням протягом декількох місяців або менше (Hui, 2014).

Вплив медицини та медичних технологій на розмивання межі життя та смерті став усвідомлюваним сучасною людиною. Чи була ця межа колись виразнішою? Святий Августин у своїй «Сповіді» писав: «Я не знаю, звідки я прийшов сюди, у це, чи сказати мертво життя, чи живу смерть? Не знаю» (Августин, 1999, с. 6). Пилип Арієс у своїй монографії «Людина перед лицем смерті» на великій кількості прикладів з історії XVII–XVIII століть описує страхи людей уявної смерті, бути похованими живцем (Ariès, 1977). Всім відомі хрестоматійні твори, у сюжетах яких є уявна смерть, зокрема герої впадають у летаргічний сон, – наприклад, у традиційній

європейській казці «Спляча красуня» (багато редакцій, зокрема Шарля П'єро, братів Грімм), «Ромео та Джульєтти» В. Шекспіра. Сучасна людина досить усвідомлює невизначеність кордонів життя та смерті. Прикладом може бути популярність і входження у повсякденну мову як афоризму назви фільму Кшиштофа Зануссі «Життя як хвороба, що передається статевим шляхом» (2000 рік).

Ми не можемо змінити закони природи, як не можемо втручатися у виключно медичні аспекти проблеми, але ми можемо спробувати інтерпретувати з філософсько-гуманітарної та біоетичної позицій можливості, перспективи та наслідки для людини застосування досягнень сучасної науки, зокрема біомедицини та біомедичних технологій. Смерть і вмирання завжди хвилювали людські уми. Європейська традиція їх філософського осмислення в античні часи заклала основи для подальшого дослідження. Вмирання та смерть стали предметом наукового пізнання в Новий час. Наприкінці цього періоду філософія вже осмислювала досягнення біології та медицини з цих питань. З початком наукового дослідження акцент переноситься на проблему вмирання. У Новітній час смерть та вмирання стають медичною проблемою, а із 70-х років ХХ століття застосування досягнень біомедицини та біотехнологій певною мірою перетворюють смерть та вмирання на супутній технології феномен. Смерть десакралізується та адмініструється. Критерій смерті – повна деструкція мозку, визначається на певному етапі вмирання, коли за медичної підтримки ще є живими інші органи. Простежується тенденція до розширення критеріїв застосування еутаназії. Накопичені знання відкрили нові можливості для боротьби зі смертельними захворюваннями та продовження життя людини, водночас не спростили розуміння процесу вмирання та його концептуалізації. Вірогідно, ми можемо говорити про вмирання у широкому розумінні та вмирання медичне, яке включає також активне вмирання, зокрема клінічну смерть. Кордони «зони» вмирання, що поділяє життя і смерть, розширюються, стають розмитими та рухливими. Завдяки розвитку медицини, охорони здоров'я та біомедтехнологій простір вмирання якісно змінився, часовий його вимір значно розширився від десятиліть до кількох хвилин клінічної смерті, що дають надію на оживлення.

Список використаних джерел:

1. Августин, Блаженний (2005). Про Місто Боже [пер. з латини П. Содомори]. *Патріярхат*, № 4.
2. Августин, Святий (1999). Сповідь [пер. з латини Ю. Мушака]. Київ: Основи, 319 с.
3. Agamben, G. (1998). *Homo Sacer: Sovereign power and bare life*. Stanford University Press, 228 p. URL: <https://abahlali.org/files/Homo+Sacer.pdf>.
4. Ariès, P. (2014). *L'homme devant la mort*. Collection: L'Univers historique Éditeur, 570 p. URL: <https://philippe-aries.histoweb.net/spip.php?article75>.
5. Asthana, A. (2009). I watched as my parents faced their dignified, peaceful death – together. URL: <https://www.theguardian.com/society/2009/jul/19/dignitas-assisted-suicide-edward-downes>.
6. Beecher, H.K. (1968). A definition of irreversible coma: report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. *Jama*, 205 (6), 337–340. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/340177>.
7. Євангеліє від Іоана. (2004). Біблія. Книги Священного Писання Старого і Нового Завіту: в українському перекладі з паралельними місцями [пер. Патріарха Філарета (Денисенка)]. Видання Київської Патріархії Української Православної Церкви Київського Патріархату, 1416 с.
8. Закон України. (1993). Основи законодавства України про охорону здоров'я. *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*, 4, 2801–2812. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
9. Hui, D., Nooruddin, Z., Didwaniya, N., Dev, R., De La Cruz, M., Kim, S. H., & Bruera, E. (2014). Concepts and definitions for “actively dying”, “end of life”, “terminally ill”, “terminal care” and “transition of care”: a systematic review. *Journal of pain and symptom management*, 47 (1), 77–89. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23796586>.
10. Khaltourina, D., Matveyev, Y., Alekseev, A., Cortese, F., & Ioviță, A. (2020). Aging fits the disease criteria of the international classification of diseases. *Mechanisms of ageing and development*, 189, 111–230. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32251691>.
11. Місержи, С.Д. (2019). Гібридизація людини та техніки як трансформація межі тілесності: в контексті біомедичної етики. *Proceedings of the National Aviation University Series Philosophy Cultural*, 30 (2), 157–162.
12. Місержи, С.Д. (2020). Концепт справедливості та політика у сфері охорони здоров'я. *Науковий журнал «ПОЛІТИКУС»*, 1, 31–37.
13. Місержи, С.Д. (2022). Проблеми інформованості добровільної згоди пацієнта в контексті розвитку біомедицини. *Філософія релігії та медицини в постсекулярну добу: матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф., присвяченої пам'яті свт. Луки (В.Ф. Войно-Ясенецького)*. НМУ ім. О. О. Богомольця, 163–165.
14. Nessman, R. (1996). Karen Ann Quinlan's Parents Reflect on Painful Decision 20 Years Later. *Los Angeles Times*. URL: https://web.archive.org/web/20150315062427/http://articles.latimes.com/1996-04-07/news/mn-55744_1_karen-ann-quinlan.
15. Платон. (1999). Діалоги [пер. з давньогр.]. Основи. 395 с.
16. Sartre, J.P. (1943). *L'être et le néant*. Paris, France: Gallimard. 712 p.
17. «Сіднейська декларація щодо констатації факту смерті». (1968). URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/140230__140230.
18. Scutti, S. (2019). How does someone in a vegetative state have a baby? 9 січня. URL: <https://edition.cnn.com/2019/01/09/health/vegetative-state-pregnancies/index.html>.
19. Усенко, Л.В., Царьов, А.В. (2020). Володимир Неговський: здійснення мрії. *Медицина невідкладних станів*, 16, № 7–8. С. 136–145.
20. Warraich, H. (2017). *Modern death: How medicine changed the end of life*. New York: St. Martin's Press. 336 p.
21. World Health Organization. (2018). *ICD-11: Classifying disease to map the way we live and die*. Washington, DC. URL: <http://www.who.int/health-topics/international-classification-of-diseases>.

References:

1. Avhustyn, Blazhennyi (2005). Pro Misto Bozhe [Pereklad z latynskoi P. Sodomory] [Avhustyn, Blessed. City of God]. *Patriiarkhat* № 4 [Journal “The Patriarchate”]. [in Ukrainian].
2. Avhustyn, Sviatyi (1999). Spovid [perekl. z latynskoi Y. Mushaka] [Avhustyn, Saint. Confession]. Kyiv: Osnovy [Publishing house “Osnovy”], 319 p. [in Ukrainian].
3. Agamben, G. (1998). *Homo Sacer: Sovereign power and bare life*. Stanford University Press, 228 p. Retrieved from: <https://abahlali.org/files/Homo+Sacer.pdf>.
4. Ariès, P. (1977). *L'homme devant la mort* [The Hour of Our Death]. Collection: L'Univers historique Éditeur [Collection: The Historical Universe Editor], 570 p. [in French]. Retrieved from: <https://philippe-aries.histoweb.net/spip.php?article75>.

-
5. Asthana A. (2009). I watched as my parents faced their dignified, peaceful death – together. Retrieved from: <https://www.theguardian.com/society/2009/jul/19/dignitas-assisted-suicide-edward-downes>.
 6. Beecher, H.K. (1968). A definition of irreversible coma: report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. *Jama*, 205 (6), 337–340. Retrieved from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/340177>.
 7. Yevanheliie vid Ioana [Gospel of John]. (2004). Bibliia. Knyhy Sviashchennoho Pysannia Staroho i Novoho Zavitu: v ukrainskomu perekladi z paralelnymy mistsiamy [Perekład Patriarkha Filareta (Denysenka)] [Bible. Books of the Holy Scriptures of the Old and New Testaments: in Ukrainian translation with parallel passages]. Vydannia Kyivskoi Patriarkhii Ukrainskoi Pravoslavnoi Tserkvy Kyivskoho Patriarkhatu [Publication of the Kyiv Patriarchate of the Ukrainian Orthodox Church of the Kyiv Patriarchate], 1416 p. [in Ukrainian].
 8. Zakon Ukrainy [The Law of Ukraine]. (1993). Osnovy zakonodavstva Ukrainy pro okhoronu zdorovia [Fundamentals of Ukrainian legislation on health care]. Vidomosti Verkhovnoi Rady Ukrainy (VVR) [Official publication of the Verkhovna Rada of Ukraine], 4, 2801–2812. [in Ukrainian]. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
 9. Hui, D., Nooruddin, Z., Didwaniya, N., Dev, R., De La Cruz, M., Kim, S. H., & Bruera, E. (2014). Concepts and definitions for “actively dying”, “end of life”, “terminally ill”, “terminal care,” and “transition of care”: a systematic review. *Journal of pain and symptom management*, 47 (1), 77–89. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23796586>.
 10. Khaltourina, D., Matveyev, Y., Alekseev, A., Cortese, F., & Ioviță, A. (2020). Aging fits the disease criteria of the international classification of diseases. *Mechanisms of ageing and development*, 189, 111–230. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32251691>.
 11. Miserzhy, S.D. (2019). Hibrydyzatsiia liudyny ta tekhniky yak transformatsiia mezhi tilesnosti: v konteksti biomedychnoi etyky [Hybridization of man and technology as a transformation of the limits of corporeality: in the context of biomedical ethics]. *Proceedings of the National Aviation University Series Philosophy Cultural*, 30 (2), 157–162 [in Ukrainian].
 12. Miserzhy, S.D. (2020). Kontsept spravedlyvosti ta polityka u sferi okhorony zdorovia [The concept of justice and policy in the field of health care]. *Naukovyi zhurnal “POLITYKUS” – [Scientific journal “POLITYKUS”]*. 2020 (1), 31–37 [in Ukrainian].
 13. Miserzhy, S.D. (2022). Problemy informovanosti dobrovilnoi zghody patsiienta v konteksti rozvytku biomedyt-syny [Problems of informed consent of the patient in the context of the development of biomedicine]. *Filosofiiia religii ta medyt-syny v postsekuliarnu dobu: materialy IV Mizhnar. nauk.-prakt. konf., prysviachenoj pamiaty svt. Luky (V.F. Voino-Yasenetskoho)* [Philosophy of religion and medicine in the post-secular era: proceedings of the IV International. science and practice conference dedicated to the memory of St. Luke (V.F. Voino-Yasenetskyi)]. *NMU im. O. O. Bohomoltsia*, 163–165 [in Ukrainian].
 14. Nessman, R. (1996). Karen Ann Quinlans Parents Reflect on Painful Decision 20 Years Later. *Los Angeles Times*. Retrieved from: https://web.archive.org/web/20150315062427/http://articles.latimes.com/1996-04-07/news/mn-55744_1_karen-ann-quinlan.
 15. Platon. (1999). Dialohy [Per. z davnohr.] [Dialogues]. Osnovy [Publishing house “Osnovy”]. 395 s. [in Ukrainian].
 16. Sartre, J.P. (1943). *L'être et le néant* [Being and Nothingness]. Paris, France: Gallimard [Publishing house “Gallimard”]. 712 p. [in French].
 17. “Sidneiska deklaratsiia shchodo konstatacii faktu smerti” [Declaration of Sydney on the Determination of Death]. (1968). [in Ukrainian]. Retrieved from: https://zakononline.com.ua/documents/show/140230__140230.
 18. Scutti S. (2019). How does someone in a vegetative state have a baby? 09 sichnia (2019). Retrieved from: <https://edition.cnn.com/2019/01/09/health/vegetative-state-pregnancies/index.html>.
 19. Usenko L.V., Tsarov A.V. (2020). Volodymyr Nehovskyi: zdiisnennia mrii [Volodymyr Nehovskyi: the realization of the dream]. *Medytsyna nevidkladnykh staniv [Journal “Emergency medicine”]*, 16, № 7–8, 136–145 [in Ukrainian].
 20. Warraich, H. (2017). *Modern death: How medicine changed the end of life*. New York: St. Martin’s Press. 336 p.
 21. World Health Organization. (2018). *ICD-11: Classifying disease to map the way we live and die*. Washington, DC. Retrieved from: <http://www.who.int/health-topics/international-classification-of-diseases>.