

DOI: <https://doi.org/10.31874/2309-1606-2023-29-1-11>
УДК 17.023.33:122

Наталія Бойченко

Принципізм в біоетиці: особливості та можливі обмеження



Розглянуто переваги і недоліки одного з найбільш впливових у біоетиці методологічних підходів – принципізму. Виявлено практичні витoki принципізму у біоетиці та його теоретичні витoki у філософії принципів. Зазначено основні філософські джерела біоетики, до яких належать утилітаризм, кантівська етика, заснована на правилах теорія загальної моралі, етика чеснот, феміністична етика. Виявлено нередукованість принципізму до жодної з цих теорій зокрема і водночас – його апеляцію почасти до кожної з них. У медичній етиці принципізм постає передусім як важливий практичний підхід, який дозволяє інструменталізувати прийняття рішень у етично складних ситуаціях лікування хворих, проведення біомедичних та клінічних досліджень. З'ясовано джерела вихідних чотирьох принципів, які визнані більшістю теоретиків принципізму. Серед таких джерел допоміжне, але важливе значення має так звана Бельмонтська доповідь, яка називає три принципи: принцип поваги до особистості; принцип благодіяння та принцип справедливості. Представлено основні аргументи, класичне формулювання та типові контексти застосування чотирьох принципів біоетики у викладі Тома Б'юкампа та Джеймса Чайлдреса як загальноприйняту основу принципізму: поваги до автономії, не заподіяння шкоди, благодіяння і справедливості. Європейські біоетики згодом доповнюють і розвивають ці чотири принципи іншими принципами: гідності, цілісності та вразливості. Виявлено основні напрями критики принципізму: відсутність конкретності, невизначеність практичного застосування етичної теорії, можлива суперечність між принципами. Протидією цим недолікам принципізму визначено необхідність постійного і систематичного практикування застосування етичних принципів у прийнятті медичних рішень. Зазначено, що Б'юкамп і Чайлдрес бачать таке перманентне практикування через процедури специфікації та балансування.

Ключові слова: біоетика, медична етика, теорії моралі, принципізм, принципи біоетики, правила біоетики.

© Наталія Бойченко, 2023

Вступ

Для біоетики 20 століття стало не тільки часом зростання цікавості до застосовної етичної проблематики в медицині та біології, але й періодом, коли було чітко окреслено її методологічне підґрунтя та визначено основні напрями для її розвитку. З моменту становлення біоетики не припиняються роздуми щодо статусу цієї науки, оскільки її найчастіше окреслюють як галузь міждисциплінарного знання, що знаходить своє предметне визначення на перетині одразу кількох наук: етики, медицини, біології, правознавства, екології тощо. На наше глибоке переконання, біоетику дійсно не слід зводити лише до медичної етики, що регулює специфічні стосунки між лікарем та пацієнтом та лікарями в середині їхнього професійного товариства. Біоетика ставить питання не лише про особливості надання медичної допомоги, але й глибші – суто філософські – про цінність людського життя, людську гідність, і ширше – про саму природу етики, теорії моралі та особливості аксіології. Саме тому цю науку слід розглядати, виходячи з широкого історичного контексту, залучаючи в цей огляд не тільки праці з історії розвитку медичної етики, а, перш за все, першоджерела з етики, аксіології, філософії, права.

В галузі біоетики, де етичні питання пов'язані з медициною, біологією та здоров'ям людей, виникає потреба в систематичному підході до вирішення складних моральних дилем. Один з найбільш відомих та впливових підходів до біоетики, який називають принципізмом, надає концептуальні рамки для аналізу та розв'язання етичних проблем в цій сфері.

Принципізм в біоетиці базується на концепції «чотирьох принципів»: поваги до автономії, благодіяння, не спричинення шкоди та справедливості (Respect for Autonomy, Beneficence, Nonmaleficence, Justice – англ.). Саме означені принципи більшість науковців (філософів, етиків та біоетиків) вважають фундаментальними у побудові етичних суджень та прийнятті рішень в медичній практиці та біомедичних і клінічних дослідженнях. Автономія стосується самовизначення пацієнта та його права приймати рішення щодо свого здоров'я. Благодіяння передбачає дії на користь пацієнта, забезпечуючи його добробут. Принцип не спричинення шкоди вказує на обов'язок не завдавати шкоди пацієнту. Справедливість стосується розподілу ресурсів та рівного доступу до медичної допомоги.

В цій статті ми розглянемо походження та особливості принципізму в біоетиці та обговоримо можливі обмеження цього підходу. Зосереджуючись на кожному з принципів, ми проаналізуємо їхню сутність, взаємодію різних принципів біоетики та їх застосування у практичних ситуаціях. Додатково, ми дослідимо критичні щодо принципізму підходи, також і можливі альтернативні підходи до біоетики, які можуть суттєво доповнити принципізм або конкурувати з ним.

Історія розвитку проблеми

Відтоді як американський біохімік Ван Ренселер Поттер [Potter 1971], спираючись на попередню етичну рефлексію, ввів до широкого вжитку термін «біоетика» (перша згадка про цей термін пов'язана з іменем німецького теолога Фріца Яра [Jahr 1927]) інтерес до цієї галузі досліджень викликав не тільки появу десятка наукових журналів та монографічних досліджень, але й створення навчальних програм в університетах та спеціальних центрах та розгортання широкого громадського руху. Але, попри таку популярність, все ще лишається відкритим питання щодо статусу біоетики та її можливостей щодо реальної етичної регуляції.

Біоетична регуляція покладається не лише на принципізм, що більшою мірою асоціюється з доробком Тома Б'юкампа та Джеймса Чайлдреса [Beauchamp, Childress 1994], але й пов'язана з іншими етичними концепціями, серед яких найбільш розповсюдженими є лібертаріанська біоетика Тристрама Енгельгардта [Engelhardt 1986], та теорія медичної етики, що має своїм підґрунтям контрактну модель Роберта Віча [Veatch 2003], а тому слід з'ясувати, що відрізняє принципізм від решти етичних теорій. Прикладами етичних теорій, що застосовуються в біоетиці, є утилітаризм, кантівська етика, заснована на правилах теорія загальної моралі, етика чеснот, феміністична етика тощо (більш докладно про історію становлення біоетики див. [Schüklenk, & Singer 2021; Jonsen 1998; Pellegrino 1999; Tännsjö 2008]).

Стрімкий розвиток біоетики припав на повоєнний час, коли світова спільнота вжахнулася злочинам нацизму: йдеться про прийняття Нюрнберзького кодексу в 1947 році після завершення відповідного судового процесу над нацистськими злочинцями [International Military Tribunal, 1949-1953]. В цьому документі головний акцент зроблено на особливостях етичної регуляції біомедичних та клінічних експериментальних досліджень; цей акцент з'явився через примусове залучення людей (в'язнів концтаборів) до різноманітних медичних експериментів, в результаті яких багато людей загинуло, деякі отримали тяжкі каліцтва. Викриття жадливих злочинів проти людяності сприяло закріпленню в Кодексі керівних положень, пов'язаних з організацією експериментальних досліджень в галузі медицини. З моменту прийняття Нюрнберзького кодексу такі експерименти проводяться лише за добровільної згоди суб'єкта дослідження – надаючи згоду на участь в експериментальному дослідженні, людина має робити це усвідомлено, її дії мають бути автономними, тобто вона повинна мати правоздатність: «вона повинна знаходитися в такому стані, щоб мати можливість здійснювати вільний вибір без втручання будь-якого елемента сили, шахрайства, обману, примусу, перевищення повноважень або іншої при-

хованої форми обмеження чи примусу; вона повинна мати достатній рівень знань і розуміння елементів предмета дослідження, щоб мати можливість прийняти зрозуміле і усвідомлене рішення» [Ghooi 2011]. Документ також містить вказівки щодо планування експериментальних досліджень, а саме: очікувані результати повинні виправдовувати проведення експерименту; заборона на проведення експерименту, якщо є апіорні підстави вважати, що він може призвести до смерті або інших тяжких наслідків; людина повинна мати можливість припинити експеримент, якщо вона досягла такого фізичного або психічного стану, коли продовження експерименту здається їй неможливим [International Military Tribunal, 1949-1953]. Нюрнберзьким кодексом було закладено фундаментальні принципи захисту суб'єктів медичних експериментів, особливо наголошуючи на необхідності повністю поінформованої та добровільної згоди. Наступним важливим кроком у становленні біоетики та формування її принципістського підходу стало прийняття Женевської декларації медичної етики у 1948 році [The World Medical Association 1948]. Декларація наголошує на необхідності впровадження високих стандартів етики і гуманізму в медицині: недискримінації, конфіденційності та приватності, колегіальності, поваги до гідності пацієнтів. На цій основі наступного року в Лондоні був прийнятий Міжнародний кодекс медичної етики [The World Medical Association 1949]. Наступним документом, що окреслював особливості організації та проведення експериментальних досліджень в галузі медицини, стала Гельсінська декларація 1964 року. В тексті декларації підкреслюється, що медичні дослідження підпорядковуються етичним стандартам, які заохочують і забезпечують повагу до всіх суб'єктів дослідження та захищають їхнє здоров'я і права. В документі також підкреслюється обов'язок лікарів, які беруть участь у медичних дослідженнях, захищати життя, здоров'я, гідність, недоторканість, права на самовизначення, та конфіденційність особистої інформації людей як об'єктів дослідження. Відповідальність за захист суб'єктів дослідження завжди повинен нести лікар або інший медичний працівник, а не суб'єкт дослідження, навіть якщо він дав на це згоду [The World Medical Association 1964].

Сутність принципізму

Важливо відзначити, що походження та авторство принципів, які складають основу цього підходу, не може бути однозначно встановлено, оскільки вони розвивалися та формувалися протягом багатьох років не лише в контексті медичної практики, але й в межах філософсько-етичної рефлексії та нормативно-правового регулювання. Суттєво вплинула на окреслення принципістського підходу в біоетиці «Бельмонтська до-

повідь», в якій, так само як і в книзі Б'юкампа та Чайлдреса, присутнє посилання на три принципи [Department & National Commission 1979]. Звучать вони дещо інакше: принцип поваги до особистості; принцип благодіяння та принцип справедливості. Однак, слід визнати, що найбільш широкого розповсюдження та використання в біомедичній етиці, медичній практиці, етичній та біоетичній освіті, біомедичних та клінічних дослідженнях, принципи набули після виходу книги «Principles of Biomedical Ethics» Б'юкампа, Чайлдреса, Гіллермана та Томсона, що була видана в 1979 році і досі лишається однією з найбільш впливових праць у галузі біомедичної етики. Окрім опису принципів, які підкреслюють застосовну (applied) природу біоетики, в книзі показано, як етична теорія може «олюднити» проблеми в охороні здоров'я і допомогти подолати болючі обмеження минулих формулювань етичної відповідальності» [Beauchamp & Childress 1994]. Однак, на думку авторів, нереально очікувати, що будь-яка теорія зможе подолати обмеження часу і місця і досягти загальноприйнятної перспективи. У книзі знаходимо розділи про метод, обґрунтування та істину, визначення та збалансування принципів, їхнє місце в етичній рефлексії тощо. Також цікавими є розділи про ліберальний індивідуалізм, комунітаризм, етику турботи, казуїстику, а також загальну теорію моралі. Як можна побачити, автори не обмежуються простим описом принципів.

Принципістський підхід надає загальні принципи, які можна застосувати у багатьох ситуаціях. Також він забезпечує структурований підхід до прийняття етичних рішень та надає прості принципи/скерування, які можуть бути легко застосовані. Міркування щодо особливостей принципізму та особливостей його застосування, на нашу думку, слід розпочинати з детального розгляду кожного з них.

В основі принципістського підходу зразку Б'юкампа та Чайлдреса лежать наступні положення:

Принцип поваги до автономії: Цей принцип наголошує на визнанні й захисті права індивідуальної автономії та свободи вибору. У медичній практиці він реалізовується завдяки правилу інформованої згоди, де пацієнт має право на інформацію про стан свого здоров'я та можливі варіанти діагностики, лікування чи профілактики перед прийняттям рішення. В контексті прийняття подібних рішень вкрай необхідно, щоб пацієнт (учасник дослідження) міг усвідомлено та раціонально приймати подібні рішення; також важливо, щоб такі рішення були добровільними. Повага до автономії пацієнта означає, що пацієнт не тільки має здатність діяти свідомо, але й використовує її, при цьому лікар має сприяти такій автономії, але при цьому не посягати на свободу та добровільність вибору пацієнта. «Цю автономію слід розуміти не лише як здатність приймати рішення, але й як загальну здатність дещо вчиняти і

бути цiннiстю (тобто бути суб'єктом дiяння)» [Sullivan 2016]. «Поважати автономного суб'єкта означає визнавати з належною оцiнкою його здiбности та перспективи, включаючи його право дотримуватися певних поглядiв, робити певний вибiр i вчиняти певнi дiї, виходячи з особистих цiнностей i переконань. Така повага iсторично пов'язана з iдеєю про те, що людина має внутрiшню цiннiсть, незалежну вiд особливих обставин, якi надають їй цiнностi» [Faden, Beauchamp, & King 1986].

Принцип не заподiяння шкоди. Цей принцип ставить перед собою мету запобiгти шкодi або завданню зайвого страждання. Він вимагає максимальної уваги медичних працiвникiв до безпеки пацiєнтiв та зобов'язує вживати заходи для мiнiмiзацiї ризикiв. Тут слiд зробити слушне зауваження, що цей принцип має дуже давню природу i найчастiше асоцiюється з кодексом Гiппократа; латиною він викладений наступним чином: «*primum non nocere quam succurrere*», що перекладається як «перш за все, не нашкодь бiльше, нiж допоможеш». Спецiалiсти, що надають медичну допомогу, змушенi балансувати мiж спричиненням деяких страждань у процесi лiкування та запобiганням зайвого страждання й заподiянню шкоди. На перший погляд, видається, що краще взагалi не застосовувати дiї, якi би могли змусити пацiєнта страждати. Але чи можливо це в медичнiй практицi? Адже анестезiя може приносити супутнi ураження та побiчнi негативнi наслiдки i навiть деякi страждання. Велика кiлькiсть медичних манiпуляцiй є доволi ризикованими, такими, що можуть спричинити значний бiль та страждання. Означений принцип завжди розглядається разом з наступним принципом благодiяння, оскiльки шкода вiд лiкування може бути компенсована очiкуваною «благою» дiєю – одужанням чи значним покращенням якостi життя пацiєнта, пiдсумковим зменшенням страждання тощо.

У книзi «Handbook of Global Bioethics» слушно зауважується, що шкода та користь в медичнiй практицi доволi сильно пов'язанi мiж собою. «Iснує фундаментальна проблема точного визначення того, що саме слiд вважати користю або шкодою в конкретнiй клiнiчнiй ситуацiї» [Ten Have, & Gordijn 2014].

Принцип благодiяння. Означений принцип передбачає, що медичний працiвник має не просто уникати дiї, якi можуть спричинити шкоду пацiєнту, але й повинен забезпечувати благо пацiєнта. Цей принцип ще називають «роби добро», він закликає бути милосердним та співчутливим. «Серед щоденних вимог викладання i практики iнодi легко випустити з уваги нашу основну мету як лiкарiв: надання співчутливої допомоги нашим пацiєнтам» [American College of Physicians 2011]. Тут бачимо вказiвку на широке застосування принципу, який закликає дiяти не лише на користь окремого пацiєнта, але й інших людей та суспiльства в цiлому. Йдеться вочевидь про те, що моральнi рiшення в медичнiй прак-

тиці повинні сприяти загальному благу та покращенню стану здоров'я та добробуту як особи, так і суспільства в цілому. На думку Тристрама Енгельгардта, принцип благодіяння певним чином спонукає медичних працівників надавати допомогу нужденним безкоштовно, зі співчуття й милосердя. Але дослідник робить принципове зауваження: «...складність із принципом благодіяння полягає в тому, що будь-який конкретний рейтинг благ залежить від морального почуття індивіда і не може охопити мораль спільноти. Зміст цього принципу завжди «прив'язаний» до певної угоди, морального бачення чи спільноти» [Engelhardt 1986].

Принцип справедливості. Видається, що цей принцип є найзрозумілішим, адже йдеться про рівність та усунення дискримінації за будь-якою ознакою у сфері охорони здоров'я; також про справедливий (чесний) розподіл ресурсів системи охорони здоров'я; захист уразливих категорій осіб (часто перерозподіл ресурсів на їх користь) тощо. Сутність принципу справедливості полягає в тому, що розподіл ресурсів відповідно до потреб є певним етичним зобов'язанням, навіть якщо це не призведе до збільшення загального обсягу блага. Зміст цього принципу стає більш чітким, якщо матимемо якесь загальне визначення справедливості, оскільки щось справедливе для одних може виявитися протилежним для інших. Наприклад, Б'юкамп та Чайлдрес у своїй книзі вказують на неоднозначність принципу справедливості в залежності від етичних теорій, що можуть застосовуватися в біоетиці: «утилітаристські теорії наголошують на поєднанні критеріїв з метою максимізації суспільної корисності; лібертаріанські теорії наголошують на правах на соціальну та економічну свободу (посилаючись на справедливі процедури, а не на суттєві результати); комунітаристські теорії вказують на принципи і практики справедливості, які розвиваються через традиції та практику в громаді; а егалітарні теорії наголошують на рівному доступі до життєвих благ, які цінує кожна розумна людина (часто посилаючись на матеріальні критерії потреби та рівності)» [Beauchamp, & Childress 1994]. Біоетицисти, коли йдеться про справедливість, здебільшого посилаються на доробок американського політичного філософа Джона Роулза. У своїй роботі Роулз описує концепцію «справедливості як чесності», відстоює ідеї про те, що усі громадяни є вільними і рівними, а суспільство має бути справедливим. В цьому контексті погляди Роулза протилежні утилітаризму; ключове його міркування наступне: оскільки громадяни в принципі рівні, судження про справедливість мають розпочинатися з презумпції, що спільно вироблені блага повинні бути розподілені порівну [Rawls 1971].

Слід зазначити, що з принципом справедливості у біоетиці тісно пов'язана проблема дефіциту/обмеженості (*scarce* – англ.) ресурсів. Особливо гостро ця проблема постала під час пандемії COVID-19, а під час

війни на території України стала приводом для застосування спеціальних процедур медичного тріажу (від англ. triage – сортування, відбір) [Gross 2004]. В цьому випадку питання справедливості стосується пріоритетності надання медичної допомоги постраждалим в залежності від тяжкості їх стану. Важливо, що вимоги принципу справедливості повинні застосовуватися не тільки для окремого пацієнта, але й системно в законах і політиці суспільства, що регулюють доступ населення до медичної допомоги.

Вище було наведено принципи, запропоновані Б'юкампом та Чайлдресом, але їх перелік не вичерпується лише цими чотирма. Відмінність між «Бельмонтською доповіддю» [Department & National Commission 1979] та описаними вище принципами не надто значна: зокрема принцип поваги до людини акумулював у собі кілька важливих положень, які стосуються не лише поваги до гідності та автономії пацієнта, але й дотримання та поваги індивідуальних прав, включаючи інформовану згоду, приватність та конфіденційність. В цій доповіді також окреслено ключові інструменти та процедури, які стосуються захисту прав та благополуччя учасників досліджень. Бельмонтська доповідь стала важливою віхою у розвитку міжнародних етичних стандартів у галузі біомедичних досліджень; принципи, окреслені в ній лягли в основу наступних переглядів Гельсинської декларації (1983, 1989, 1996, 2000, 2002, 2004 та 2008 років) та інших міжнародних етичних рекомендацій; доповідь також вплинула на розробку етичних директив й регуляторних політик, що були спрямовані на захист прав та добробуту людей, що беруть участь у дослідженнях.

Базові принципи європейської біоетики кристалізувалися внаслідок проекту BIOMED II «Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw» [Rendtorff, & Kemp 2000], що тривав упродовж 1995–1998 років. Окреслені принципи (автономії, гідності, цілісності та вразливості) чудово ілюструють особливості європейської культури, етики та права. Як бачимо, акцент тут робиться на права людини та ставлення до неї як до особистості. Зміст принципу автономії мало чим відрізняється від подібного принципу, що був описаний Б'юкампом та Чайлдресом, але решта принципів (точніше їх зміст) мають відмінності, про які слід згадати. Зокрема, Кемп та Рендторф так пишуть про *гідність* (яка не була окремим принципом в американській біоетиці): «Гідність не може бути зведена до автономії. Вона визначається і як внутрішня цінність кожної людини, і як еталонна цінність для людської поведінки. Виражає видатне становище людини у всесвіті, з якого випливає недоторканність індивідуального людського життя. Гідність також виражає внутрішню цінність й рівність усіх людей та моральну відповідальність людської особи. Вона передбачає повагу до моральної здатності будь-якого люд-

ського суб'єкта» [Rendtorff, & Kemp 2000]. Наступний принцип – *цілісність* – також відсутній у попередній біоетичній рефлексії. Його зміст є складним й стосується не лише тіла пацієнта (йдеться про вимогу уникати непотрібних втручань або дій, які можуть підірвати фізичну або психологічну цілісність особи), але й передбачає самоопанування над тілом; стосується прямої й чесності у стосунках між лікарем та пацієнтом, а також схожих характеристик в системі охорони здоров'я. Цей принцип також наголошує на праві пацієнта на недоторканість його приватного життя. Особливої уваги також заслуговує й принцип *вразливості*, який Рендторф описує, спираючись на філософську антропологію та доробок французького феноменолога Емануеля Левінаса. «Мораль – це компенсація за вразливість людини. Моральний імператив – це імператив піклування про іншого та етична відповідальність за іншого. Вразливість передбачає іманентну нормативність, в якій вразливість виражається в тілесному втіленні іншого, наприклад, в обличчі іншого. Існування іншої людини виражає вразливість і вимагає етичного залучення людини» [Levinas 1995]. Далі Рендторф вказує, що принцип вразливості в біоетичній рефлексії є надзвичайно важливим, оскільки він напряму пов'язаний з поняттям турботи, відповідальності та емпатії щодо інших. Оскільки людський стан відзначається надзвичайним ступенем крихкості через тимчасовий та скінченний характер усього людського життя, слід ставитися до нього крізь призму вразливості та відповідальності.

Обмеження принципізму

Попри популярність принципістського підходу, він все ж має деякі обмеження. Вони переважно виникають в конкретних клінічних ситуаціях, коли існує потреба чітко визначити, який саме принцип застосовувати в конкретному випадку. Один з пунктів критики принципізму – це *відсутність конкретності*: жоден з принципів не надає чіткої інструкції, скерування чи моделі дій медика-професіонала. Тобто, виникає резонне запитання про механізм застосування принципів лікарем чи дослідником у випадку виникнення етичного утруднення. Чи не буде витрачено зайвий час на *непевну етичну рефлексію*? Дійсно, можна погодитися, що «однією з проблем щодо застосування принципів є те, що вони повинні бути твердо встановленими та визначеними. Людина (професіонал) почуватиметься безпечно, застосовуючи чи збираючись застосувати їх. Інша проблема полягає в тому, що *агент не буде знати про справжні підстави свого морального рішення*» [Jecker, Jonsen, & Pearlman 2007]. Навіть самі «стовпи» американської біоетики Б'юкамп та Чайлдрес визнають, що їхня концепція не претендує на статус моральної теорії, ба більше,

вони пишуть, що принципи не можуть бути єдиним інструментом для винесення морального судження: «Ми не намагаємося сформулювати загальну етичну теорію і не стверджуємо, що наші чотири принципи імітують аналогічні або замінюють фундаментальні принципи великих класичних теорій, таких як утилітаризм (з його принципом корисності) і кантіанство (з його категоричним імперативом)... Як ми вже зазначали, принципи, які ми пропонуємо, настільки скромні, що не можуть забезпечити адекватну основу для виведення більшої частини того, що можна справедливо вимагати знати про моральне життя» [Beauchamp, Childress 1994].

Інша особливість принципiзму, яка також зазнає критики – *надання принципiстським підходом чогось на кшталт списків* чи переліку питань, про які слід пам'ятати лікарю чи досліднику. Разом з тим, майже усі критики зазначають, що найбільш уразливим місцем цього підходу є ситуації, коли виникає *суперечність між принципами*. Тобто, в реальній ситуації етичного утруднення саме лікар чи дослідник мають взяти на себе відповідальність та прийняти одне єдине й правильне рішення. Б'юкамп та Чайлдрес у своїй роботі пропонували вирішувати спірні ситуації у кілька кроків. Починати слід з процедури, яку Б'юкамп та Чайлдрес називають *специфікацією*. Сенс цього кроку полягає в поступовому наповненні та розвитку принципів і правил, що позбавляють їх невизначеності й тим самим надають змісту, що здатен спрямувати дії професіонала. Як бачимо, конкретності мало, не зрозуміло, як саме мають бути наповнені й розвинуті означені принципи та правила. Наступним кроком у випадку конфлікту між принципами є процедура *балансування*.

У своїй роботі бiоетицисти вказують на шість умов, що можуть вказати професіоналу, який з принципів слід обрати у випадку етичного ускладнення. Ось як вони виглядають: «1.1. Можуть бути запропоновані кращі причини для того, щоб діяти відповідно до норми, що має перевагу, ніж до норми, яка порушується; 2.2. Моральна мета, що виправдовує порушення, повинна мати реальну перспективу досягнення; 3.3. Порушення є необхідним, оскільки жодні альтернативні дії не можуть бути замінені морально кращими; 4.4. Обране порушення повинно бути найменш можливим порушенням, сумірним з досягненням основної мети дії; 5.5. Агент повинен прагнути до мінімізації будь-яких негативних наслідків порушення; 6.6. Агент повинен діяти неупереджено щодо всіх зацікавлених сторін; тобто на рішення агента не повинна впливати морально несуттєва інформація про будь-яку сторону» [Beauchamp, & Childress 1994].

Слід відмітити, що навіть така процедура «балансування» має низку суттєвих недоліків, які пов'язані, зокрема, з необхідністю висунення аргументів агентом на користь того чи іншого принципу. Тобто, від про-

фесіонала можуть вимагати, щоб він навів чіткі, або ж навіть кращі аргументи на користь обраного принципу. Як бачимо, балансування не дає остаточної можливості визначити, чому одна причина має бути кращою за іншу, це може спричинити до повної відмови від принципістського підходу. Проблема у застосуванні процедури балансування полягає ще й в тому, що професіонал як моральний агент повинен мати не просто доволі чітке уявлення про принципи, але й бути достатньо обізнаним у різних моральних теоріях та можливості їх застосування в медичній практиці. Окрім описаних вище кроків, Б'юкамп та Чайлдрес наголошують на важливості врахування контексту конкретної ситуації, розгляду різних етичних аргументів та обґрунтуванні свого вибору. Вони рекомендують проводити діалог, залучати всі зацікавлені сторони й використовувати раціональні аргументи для досягнення етично обґрунтованих рішень.

«Різні теоретичні підходи до біоетики різняться між собою не стільки змістом своїх центральних етичних положень й норм, скільки методами дослідження етичних питань» [DeGrazia & Millum 2021] Дійсно, пошук адекватної біоетичної теорії дозволить уникнути вузькості нормативного бачення, яке подекуди зустрічається в історії етичних вчень. Де Грація та Міллум наголошують, що «теорія має бути універсальною – правильною (або неправильною) скрізь. Але її застосування має бути чутливим до контексту. Нам бракує досвіду, щоб говорити про контексти, в яких працюють багато медичних працівників» [DeGrazia & Millum 2021].

Висновки

Розглянута історія розвитку проблеми свідчить про важливість застосування принципів біоетики не лише в медичній практиці, а й у науково-дослідній діяльності, та їх вплив на прийняття етичних рішень. Сутність принципізму була розкрита через опис основних принципів біоетики, таких як повага до автономії, благодіяння, не заподіяння шкоди та справедливості. Ці принципи є фундаментальними у вирішенні етичних питань у медицині та біоетиці. Проте, виявлено можливі обмеження принципізму, які виникають у практичному застосуванні. Критика принципів біоетики, їх неврегульованість щодо додаткових принципів, протиріччя між принципами та вагомість принципів у конкретних ситуаціях вимагають обережного підходу до їх застосування. В кожному разі не йдеться про відмову – як від самого принципізму, так і від принципів у прийнятті етичних рішень – у медицині й у інших ситуаціях морального вибору. Натомість, ще більш очевидною стає безальтернативність здійснення постійної практики прийняття етичних рішень – саме накопичення морального досвіду виявляється дуже важливим чинником

загального пiдвищення якостi прийнятих етичних рiшень. Вдумливе i дбайливе практикування застосування етичних принципiв є чесною для кожної моральної поведiнки, переконливим прикладом чого є таке практикування у сферi медицини.

References:

- American College of Physicians. (2011). Why compassion is such an important part of practice. *December ACP Observer*. <http://www.acpinternist.org/archives/2003/12/president.htm>.
- Beauchamp, T., & Childress J. (1994). *Principles of Biomedical Ethics*, 4-th ed. New York: Oxford University Press.
- Schüklenk, U., & Singer, P. (Eds.). (2021). *Bioethics: An Anthology*. Fourth edition. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- De Grazia, D., & Millum, J. (2021). *A theory of bioethics*. Cambridge University Press.
- Department of Health, Education, and Welfare & National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>.
- Engelhardt, H. T. Jr. (1986). *The Foundations of Bioethics*. New York: Oxford University Press.
- Faden R. R., Beauchamp T. L., & King N. M. P. (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. New York: Oxford University Press.
- Gert, B., Culver, C. M., & Clouser, D. K. (1997) *Bioethics: A Return to Fundamentals*. New York: Oxford University Press.
- Ghooi, R. B. (2011). The Nuremberg Code-A critique. *Perspectives in clinical research* 2(2), 72–76. <https://doi.org/10.4103/2229-3485.80371>
- Gross, M. L. (2004). Bioethics and Armed Conflict: Mapping the Moral Dimensions of Medicine and War. *The Hastings Center Report* 34(6), 22-30.
- Jahr, F. (1927). Bio-Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanz. *Kosmos. Handweiser für Naturfreunde* 24(1), 2-4.
- Jecker N. A. S., Jonsen A. R., & Pearlman R. A. (2007). *Bioethics: an introduction to the history methods and practice* (2nd ed.). Boston, MA: Jones and Bartlett Learning.
- Jonsen, A. R. (1998). *The Birth of Bioethics*. New York: Oxford University Press.
- International Military Tribunal. (1949–1953). *Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law № 10. Nuremberg, October 1946 – April 1949*. Washington, D.C.: U.S. G.P.O.
- Levinas, E. (1995). *Ethics and Infinity*. Trans. by R. A. Cohen. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Pellegrino, E. D. (1999). The origins and evolution of bioethics: some personal reflections. *Kennedy Institute of Ethics journal* 9(1), 73–88.
- Potter, V. R. (1971). *Bioethics: bridge to the future*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- President's Council on Bioethics (U.S.). (2008). *Human dignity and bioethics: essays commissioned by the president's council on bioethics*. President's Council on Bioethics. Retrieved May 16 2023 from <https://purl.fdlp.gov/GPO/LPS105992>.
- Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice: Original Edition*. Cambridge, Mass: The Belknap Press of Harvard University Press.

- Rendtorff, J. D. & Kemp, P. (Eds.) (2000). *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw*. Copenhagen and Barcelona: Centre for Ethics and Law (Copenhagen) & Instituto Borja de Bioética (Barcelona), 2 vols.
- Veatch, R. M. (2003). *The Basics of Bioethics*. 2nd ed. Prentice-Hall, NJ: Upper Saddle River.
- Sullivan, M. D. (2016). Respecting and Promoting Patient Autonomy in Research, End-of-Life Care, and Chronic Illness Care. *The Patient as Agent of Health and Health Care: Autonomy in Patient-Centered Care for Chronic Conditions*. (Pp. 41-74). New York, Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/med/9780195386585.003.0003>
- Tännsjö, T. (2008). *Understanding ethics: an introduction to moral theory*. Second Edition. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Ten Have, H. & Gordijn, B. (Eds.) (2014). *Handbook of global bioethics*. 4 Vols. Dordrecht: Springer.
- Ten Have, H. (2001). Foundations and history of bioethics. Ten Have, H., & Gordijn B. (Eds.), *Bioethics in a European Perspective*. (Pp. 17-50). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- World Medical Association. (1948). *Declaration Of Geneva*. Adopted by the General Assembly of The World Medical Association. Geneva, Switzerland.
- World Medical Association. (1949). *International code of medical ethics*. Adopted by the 3rd General Assembly of the World Medical Association. London, England. <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2006/09/International-Code-of-Medical-Ethics-1949.pdf>
- World Medical Association. (1964). World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. Helsinki, Finland. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Nataliia Boichenko. Principlism in bioethics: features and possible limitations

Advantages and disadvantages of one of the most influential methodological approaches in bioethics – principlism – are considered. The practical origins of principlism in bioethics and its theoretical origins in the philosophy of principles are revealed. The main philosophical sources of bioethics are indicated, which include utilitarianism, Kantian ethics, rule-based theory of general morality, virtue ethics, and feminist ethics. The irreducibility of principlism to any of these theories in particular and at the same time its appeal to each of them was revealed. In medical ethics, principlism appears primarily as an important practical approach that allows instrumentalization of decision-making in ethically complex situations of treating patients, conducting biomedical and clinical research. The sources of the original four principles, which are recognized by the majority of theorists of principlism, have been clarified. Among such sources, the so-called Belmont report, which names three principles, is of secondary but big importance: the principle of respect for the individual; the principle of beneficence and the principle of justice. The main arguments, classical formulation and typical contexts of application of the four principles of bioethics presented by Tom Beauchamp and James Childress as the generally accepted basis of principlism are presented: respect for autonomy, nonmaleficence, beneficence and justice. European bioethicists subsequently

complement and develop these four principles with other principles: dignity, integrity and vulnerability. The main directions of criticism of principlism are revealed: lack of specificity, uncertainty of practical application of ethical theory, possible contradiction between principles. The need for constant and systematic practice of applying ethical principles in making medical decisions is defined as an antidote to these shortcomings of principlism. It is noted that Beaucamp and Childress see such permanent practice through specification and balancing procedures.

Keywords: *bioethics, medical ethics, moral theories, principlism, principles of bioethics, rules of bioethics.*

Бойченко, Наталія, доктор філософських наук, професор кафедри філософії та іноземних мов Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика. Вчений секретар комісії з питань етики Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика. Автор монографії «Сучасний університет: ціннісно-етичний вимір» (2015), статей з філософії освіти, етики та біоетики.

E-mail: n_boychenko@ukr.net

<https://orcid.org/0000-0001-8793-7776>

Boychenko, Nataliia, Doctor of Philosophy, Professor of the Department of Philosophy and Foreign Languages of Shupyk National Healthcare University of Ukraine. Scientific Secretary of the Ethics Committee of the Shupyk National Healthcare University of Ukraine. Author of the monograph "Modern University: Value-Ethical Dimension" (2015), articles on the philosophy of education, ethics and bioethics.

Email: n_boychenko@ukr.net

<https://orcid.org/0000-0001-8793-7776>