

4. Крюгер, В 2019, *Коли я чую слово "культура"*, Київ: Laurus, 128 с.
5. Култаева, М & Радіонова, Н 2023, *Просвітницька мобільність і романтичне прискорення: Г. Сковорода та М. Гоголь (філософсько-освітні та культурно-антропологічні розвідки)*. Монографія, за наук. ред. Н. Радіонової, Київ: Видавництво Людмила, 226 с.
6. Мортімер, І 2021, *Століття змін. Яке століття бачило найбільше змін і чому це важливо для нас*, пер з англ. Я. Машико, Харків: Видавництво Ранок: Фабула, 448 с.
7. *Нариси новітньої історії України, 1991 – 2021*; зб. ст. 2021, ред. М. Мінаков, Г. Касьянов та М. Роджанські, Київ: Laurus, 344 с.
8. Нора, П 2014, *Теперішнє, нація, пам'ять*, пер. із фр. А. Репи, Київ: ТОВ Видавництво КЛІО, 272 с.
9. Осіпова, Т 2019, *Невербальна комунікація та своєрідність її омовлення в українському дискурсі: феномен вербалізації невербалики*: монографія, наук. ред. проф. Т.А. Космеда. Харків: Видавництво Іванченка І.С., 388 с.
10. Радіонова, НВ 2008, *Репрезентації філософії в освітньому просторі Слобожанщини у ХІХ столітті*, Суми: VAT СОД, *Козацький вал*, 320 с.
11. Фуллан, М 2000, *Сили змін*, пер. з англ. Г. Шиян та Р. Шиян, Львів, 270 с.
12. Штомпка, П 2022. *Соціальний капітал. Теорія міжособистісного простору*, пер. з пол. М. Яковина, Київ: *Дух і літера*, 400 с.

References:

1. Andrushchenko, V 2023, *U poshukakh svobody. Istoriosofiya ukrayins'koyi kul'tury vid naydavnishykh chasiv do nashykh dnyv (In search of freedom. Historiosophy of Ukrainian culture from ancient times to the present day)*, Kyiv: Vydavnytstvo Lyudmyla, 736 s.
2. Hilen, P & Lyaster, T 2023, *Kul'tura v pidmurkakh hromadyans'koho suspil'stva (Culture in the foundations of civil society)*: zb. statey, per. z anh. YA. Strikha, Kharkiv: ist publishesng, 123 s.
3. Klochovskyy, YA 2014, *Filosofiya dialohu (Philosophy of dialogue)*, per. z pol. K. Rassudinoyi, Kyiv: Dukh i litera, 224 s.
4. Kryuher, V 2019, *Koly ya chuyu slovo "kul'tura" (When I hear the word "culture")*, Kyiv: Laurus, 128 s.
5. Kul'taeva, M & Radionova, N 2023, *Prosvitnyts'ka mobil'nist' i romantychne pryskorennya: H. Skovoroda ta M. Hohol' (filosofs'ko-osvitni ta kul'turno-anthropologichni rozvidky) (Educational mobility and romantic acceleration: G. Skovoroda and M. Gogol (philosophical-educational and cultural-anthropological explorations))*. Monohrafiya, za nauk. red. N. Radionovoyi, Kyiv: Vydavnytstvo Lyudmyla, 226 s.
6. Mortimer, I 2021, *Stolittya zmin. Yake stolittya bachylo naybil'she zmin i chomu tse vazhlyvo dlya nas (A century of changes. Which century saw the most changes and why it is important for us)*, per z anh. YA. Mashyko, Kharkiv: Vydavnytstvo: Fabula, 448 s.
7. *Narysy novit'oyi istoriyi Ukrayiny, 1991 – 2021 (Essays on the modern history of Ukraine, 1991 – 2021)*; zb. st. 2021, red. M. Minakov, H. Kas'yanov ta M. Rodzhanski, Kyiv: Laurus, 344 s.
8. Nora, P 2014, *Teperishnye, natsiya, pam'yat' (Present, nation, memory)*, per. iz fr. A. Repy, Kyiv: TOV Vydavnytstvo KLIO, 272 s.
9. Osipova, T 2019, *Neverbal'na komunikatsiya ta svoyeridnist' yiyi omlennya v ukrayins'komu dyskursi: fenomen verbalizatsiyi neverbalyky (Non-verbal communication and the uniqueness of its expression in Ukrainian discourse: the phenomenon of verbalization of non-verbal)*: monohrafiya, nauk. red. prof. T.A. Kosmeda, Kharkiv: Vydavnytstvo Ivanchenka I.S., 388 s.
10. Radionova, NV 2008, *Reprezentatsiyi filosofiyi v osvith'omu prostori Slobozhanshchyny u ХІХ stolitti (Representations of philosophy in the educational space of Slobozhanshchyna in the 19th century)*, Sumy: VAT SOD, *Kozats'ky val*, 320 s.
11. Fullan, M 2000, *Sily zmin (Forces of change)*, per. z anh. H. Shyyan ta R. Shyyan, L'viv, 270 s.
12. Shtompka, P 2022, *Sotsial'nyy kapital. Teoriya mizhosobystisnoho prostoru (Social capital. Theory of interpersonal space)*, per. z pol. M. Yakovyna, Kyiv: *Dukh i litera*, 400 s.

DOI 10.33930/ed.2019.5007.50(7-9)-2

УДК 101;171; 316.4; 614.2

ЗДОРОВ'Я ЯК РЕАЛІЗАЦІЯ СОЦІАЛЬНОЇ СУБ'ЄКТНОСТІ ПАЦІЄНТА

HEALTH AS A REALIZATION OF PATIENT SOCIAL SUBJECTIVITY

С. В. Пустовіт

Актуальність теми дослідження. Медична реформа, що реалізується в Україні, та досвід боротьби з пандемією COVID-19 актуалізували перегляд обсягу прав та свобод пацієнта у сфері надання медичних послуг, нагальність формування нової суб'єктності пацієнта, розробку сучасних концепцій здоров'я в умовах глобалізованого та

Urgency of the research. The medical reform that is being implemented in Ukraine and the experience of the fight against the COVID-19 pandemic have actualised the review of patient's rights and obligations scope in the field of medical provision, the urgency of a new patient subjectivity forming, and the development of modern health

медикалізованого суспільства. В цьому контексті важливе значення має подальше дослідження філософських, теоретико-методологічних, соціологічних підходів до розуміння здоров'я та хвороби крізь призму міжособистісного простору та різноманітних соціальних відносин, які є основою соціальної суб'єктності пацієнта.

Постановка проблеми. Суб'єктність пацієнта, його активна участь в соціальних стосунках з метою збереження та зміцнення свого здоров'я є одним з важливих критеріїв успішності надання медичних послуг в умовах єдиного медичного простору. Пацієнтоцентричність медицини, забезпечення пацієнтів медичною допомогою, яка відповідає індивідуальним потребам та цінностям, ґрунтовані на збереженні соціальної суб'єктності пацієнта у прийнятті рішень, які стосуються його здоров'я.

Протиріччя між соціальним та індивідуальним благом в сфері охорони здоров'я може бути значно послабленим/знятим завдяки формуванню нового уявлення про соціальну суб'єктність пацієнта, який формує своє здоров'я як певний міжособистісний простір, життєсвіт.

Соціальні практики впливають на етико-правові, нормативні структури, створюють нове середовище діяльності індивідів. Саме через розширення суспільних стосунків, через набуття спільного повсякденного досвіду можлива реалізація та утвердження сучасних холистичних уявлень про здоров'я як одночасно індивідуальну та соціальну цінність.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Історико-філософські, біоетичні та валеологічні засади медицини розглянуто в доробках: Г. Л. Апанасенка, Р. М. Вітча, Ж. Канґіема, Т. Келяновського, В. Л. Кулініченка, М. Лалонда, С. В. Пустовіт та Л. А. Палей, Г. Сігеріста, І. Мортімера, А. А. Шевченка та А. Д. Соколова, М. Фуко, Я. Халаса та ін.

Механізми формування міжособистісного простору, соціальних стосунків та суб'єктності висвітлені у соціологічних дослідженнях: Г. Бумера, І. Гоффмана, Н. Еліаса, А. Д. Коллінза, Дж. Міда, Дж. Тернера, П. Штомпки, А. Шюца та Т. Лукмана.

Аналізу та обґрунтуванню різних підходів до феномену здоров'я та теоретичних моделей здоров'я присвячені праці: Г. Л. Апанасенка, К. Бурси, К. Гольштейна, Дж. Енджела, Б. Йолстада, В. Л. Кулініченка, А. Маслоу, А. Менегетті, О. П. Мінцера та А. М. Новака, Л. Нордельфелта, Г. Олпорта, С. В. Пустовіт, В. Р. Поттера, К. Роджерса, Г. Сігеріста, Ф. Свенауса, Е. Фрома, Б. Хоффмана та ін.

Постановка завдання. Дослідити закономірності розвитку соціальної суб'єктності пацієнта в процесі становлення наукової медицини та на прикладі сучасних моделей здоров'я.

Виклад основного матеріалу. Розглянуто історико-філософські, філософсько-методологічні та соціологічні аспекти міжособистісних відносин пацієнта як соціального суб'єкта при отриманні медичних послуг. Проведений аналіз сучасних концепцій здоров'я з точки зору соціальної суб'єктності пацієнта, різних типів і форм відносин між пацієнтом та іншими соціальними суб'єктами.

Висновки. Проаналізовані філософські та

concepts in a globalised and medicalised society. In this context, it is important to further study of philosophical, methodological, and sociological approaches for understanding of health and illness through the prism of interpersonal space and various social relations, which are the basis of the patient social subjectivity.

Target setting. The social subjectivity of the patient, his active participation in social relations in order to preserve and strengthen his health, is one of the important criteria for the success of medical services in a single medical space. Patient-centered medicine, providing patients with medical care that meets individual needs and values, are based on preserving the patient social subjectivity in making decisions related to his health.

The contradiction between social and individual good in healthcare can be significantly weakened/removed by a new understanding of patient social subjectivity, who shapes his/her health as a certain interpersonal space, life world.

Social practices influence ethical and legal, normative structures, create a new environment for individual activity. It is through the expansion of social relations, through the acquisition of common everyday experience it is possible to implement and affirm modern holistic ideas about health as both an individual and a social value.

Actual scientific researches and issues analysis. The historical and philosophical, bioethical and valeological foundations of medicine are considered in the works of G. L. Apanasenko, R. M. Veatch, G. Canguilhem, T. Kielanowski, V. L. Kulichenko, M. Lalond, S. V. Pustovit & L. A. Paliei, H. Sigerist, I. Mortimer, A. A. Shevchenko & A. D. Sokolov, M. Fuko, J. Halasz and others.

The mechanisms of interpersonal space formation, social relations and subjectivity are highlighted in the sociological studies of G. Boomer, I. Hoffman, N. Elias, A. D. Collins, J. Mead, J. Turner, P. Stompka, A. Schütz & T. Luckmann.

The works of G. L. Apanasenko, K. Bursa, K. Holstein, J. Engel, B. Jolstad, V. L. Kulichenko, A. Maslow, A. Meneghetti, O. P. Mintser & A. M. Novak, H. Allport, L. Nordenfelt, S. V. Pustovit, V. R. Potter, K. Rogers, H. Sigerist, F. Svenaush, E. Fromm, B. Hoffman, and others are devoted to analysis and justification of different approaches to the health phenomenon and theoretical models of health.

The research objective. To investigate the regularities of the patient's social subjectivity development in the process of the scientific medicine formation and on the example of modern health models.

The statement of basic materials. The historical-philosophical, philosophical-methodological and sociological aspects of interpersonal relations of patient as a social subject in the process of receiving medical services are considered. An analysis of modern concepts of health in terms patient's social subjectivity, different types and forms of relations between the patient and other social subjects is carried out.

Conclusions. The philosophical and sociological

соціологічні аспекти формування суб'єктності пацієнта в різних моделях здоров'я.

Проведений історико-філософський, філософсько-методологічний та соціологічний аналіз сучасних моделей здоров'я – біомедичної, біопсихосоціальної, психосоматичної, адаптивної, біоетичної, валеологічної та ін. з погляду міжособистісного простору, різних типів і форм відносин між пацієнтом та іншими соціальними суб'єктами.

Показана актуалізація у 20-му столітті соціологічних вимірів медицини та соціальної суб'єктності пацієнта. Зроблений висновок, що розвиток соціальної суб'єктності пацієнта сприяє збагаченню його соціального та психофізичного досвіду, збільшенню його знань про природу хвороби та здоров'я.

Здатність пацієнта актуалізувати свій зовнішній та внутрішній потенціал, активно будувати суспільні відносини та використовувати міжособистісні стосунки сприяє розв'язанню протиріч між соціальними та індивідуальними благами та формуванню єдиного медичного простору.

З'ясовано, що впровадження в практику психосоматичної, адаптивної, біоетичної, валеологічної моделей здоров'я, моделі здоров'я як життєсвіту сприяє розширенню соціальної суб'єктності пацієнта та міжособистісного простору, структурованого етичними принципами автономії та гідності особистості, цілісності, благодіяння, уникнення шкоди, уразливості, справедливості, відповідальності, солідарності, толерантності та ін.

Ключові слова: соціальна суб'єктність пацієнта, соціальні відносини, міжособистісний простір, надання медичних послуг, моделі здоров'я, етичні принципи

aspects of patient subjectivity in different health models are analyzed.

The historical-philosophical, philosophical-methodological and sociological analysis of modern health models: biomedical, biopsychosocial, psychosomatic, adaptive, bioethical, valeological, etc. is conducted from the point of view of interpersonal space, various types and forms of relationships between patient and other social subjects.

It was demonstrated that sociological measurements of medicine and patient social subjectivity are updated in the 20th century. It was concluded that the development of patient social subjectivity contributes the enrichment of his social and psychophysical experience, the increasing his knowledge about the nature of illness and health.

The patient's ability to actualize his external and internal potential, actively build social relations and use interpersonal relations contributes the resolution of contradictions between social and individual benefits and the formation of a single medical space.

It was found that the introduction of psychosomatic, adaptive, bioethical, valeological health model, model of health as a life world into practice affects the expansion of patient social subjectivity and interpersonal space, structured by ethical principles of personal autonomy and dignity, integrity, beneficence, avoidance of harm, vulnerability, justice, responsibility, solidarity, tolerance, etc.

Key words: patient social subjectivity, social relations, interpersonal space, provision of medical services, health models, ethical principles

Актуальність теми дослідження. Медична реформа, що реалізується в Україні, передбачає формування *єдиного медичного простору*: впровадження механізмів рівного доступу споживачів до високоякісних медичних послуг, забезпечення їхньої доступності, поліпшення здоров'я громадян тощо [2, с. 24]. Відповідне організаційно-правове забезпечення медичної сфери вимагає врахування багатьох чинників, серед яких права, свободи та законні інтереси пацієнтів; баланс суспільного та індивідуального блага; сучасні моделі здоров'я та хвороби, орієнтовані на благо пацієнта як соціального суб'єкта. Про складність та комплексність поставленого перед українською державою завдання свідчить той факт, що у державах ЄС існує не тільки позитивний, але й негативний досвід впровадження концепції *єдиного медичного простору* [2, с. 452].

Під час пандемії COVID-19 актуалізуються питання демократичних, етико-правових засад біомедичних технологій, зокрема питання фундаментальних прав людини на життя та здоров'я, свободу вибору моделей і практик збереження індивідуального здоров'я [10, 11]. Соціальна суб'єктність пацієнта, його активна участь в соціальних стосунках у справі "боротьби" з хворобами та зміцненні свого здоров'я, є одним з важливих критеріїв успішності надання медичних послуг в умовах *єдиного медичного простору*.

В науковій літературі традиційно переважна кількість джерел присвячена фізичному та психічному здоров'ю та відповідним моделям здоров'я [6, с. 115]. Разом з тим, теоретична розробка засад та принципів соціального здоров'я та соціальної суб'єктності пацієнта є одним із найважливіших завдань філософії медицини.

Постановка проблеми. Філософсько-методологічний аналіз літератури свідчить про те, що на початку 21-го століття формуються нові методологічні та організаційні принципи та ідеали медичної практики як пацієнт-центричної: все більш значну роль у ній починають відігравати аспекти медичного менеджменту, заснованого на повазі прав клієнта, задоволенні його різноманітних життєвих потреб, уявленнях про *індивідуальне здоров'я* як суспільну цінність та благо [2].

Сучасні наукові розвідки констатують відсутність однозначного усталеного визначення суспільних благ, пов'язаних з державними інститутами та інституціями [3, с. 15]. Соціологічні та економічні теорії, що ґрунтуються на принципі *методологічного індивідуалізму* [3], закликають до

чергової проблематизації співвідношення соціальних та індивідуальних благ та цінностей через те, що: величина блага, якого дійсно прагнуть люди, визначається їхньою повсякденною діяльністю, діями, а не державою та медичною наукою; деякі суспільні блага громадяне можуть отримувати незалежно від держави; і, насамкінець, суспільні блага не завжди є тим, що самі індивіди вважають благом для себе [3, с. 14].

Сьогодні тема здоров'я виходить далеко за межі природничонаукового дискурсу і набуває не тільки феноменологічних, екзистенційних, але й соціологічних вимірів. Феномен здоров'я починає розглядатися як досвід спільного буття (співбуття) з іншими соціальними суб'єктами, як соціальні практики. Різноманітні елементи суспільних відносин дуже важливі, вони мають екзистенційне, онтологічне значення для людського життя та здоров'я – культурні сенси, розпізнавання іншого, ситуації та контексти, очікування та наміри щодо іншого, історія спільної діяльності, спільні емоції та набутий досвід – це “соціальна тканина”, соціальна метафізика людського буття.

Стаття присвячена філософсько-методологічному, епістемологічному дослідженню сучасних моделей здоров'я з точки зору реалізації *соціальної суб'єктності пацієнта*, здатності особистості актуалізувати зовнішні (соціальні, просторово-часові, фізичні тощо) та внутрішні (психічні, особистісні, духовні) можливості, вступати у суспільні відносини, використовувати міжособистісні стосунки, інтегрувати свій унікальний життєсвіт з існуючими соціальними практиками з метою одужання та формування стратегій здорового способу життя. В нашому контексті слово “пацієнт” скоріше є синонімом “особистості”, що прагне бути здоровою. Цей термін однозначно не пов'язаний з встановленням медичного діагнозу, але використовується нами для підсвічування проблеми традиційних патернілістських відносин між лікарем та пацієнтом та намаганням останнього перетворитися з пасивного та покірною “об'єкта” застосування біомедичних технологій на активного соціального суб'єкта.

Очевидно, що неможливо охопити всі філософсько-методологічні та наукові підходи до визначення поняття “здоров'я”, представити в рамках однієї статті всі існуючі моделі здоров'я. Тому ми обрали тільки ті з них, які, на нашу думку, значною мірою вплинули на розвиток соціальної суб'єктності пацієнта.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Історико-філософські, етико-правові та валеологічні засади медицини розглянуто в доробках: Г. Л. Апанасенка, Р. М. Вітча, Ж. Кангієма, Т. Келяновського, В. Л. Кулініченка, М. Лалонда, С. В. Пустовіт та Л. А. Палей, Г. Сігеріста, І. Мортімера, А. А. Шевченка та А. Д. Соколова, М. Фуко, Я. Халаса та ін.

Механізми формування міжособистісного простору, соціальних стосунків та суб'єктності індивідів висвітлені у соціологічних дослідженнях: Г. Бумера, І. Гоффмана, Н. Еліаса, А. Д. Коллінза, Дж. Міда, Дж. Тернера, П. Штомпки, А. Шюца та Т. Лукмана.

Аналізу та обґрунтуванню різних підходів до феномену здоров'я та теоретичних моделей здоров'я присвячені праці: Г. Л. Апанасенка, К. Бурси, К. Гольштейна, Дж. Енджела, Б. Йолстада, В. Л. Кулініченка, А. Маслоу, А. Менегетті, О. П. Мінцера та А. М. Новака, Л. Нордельфелта, Г. Олпорта, С. В. Пустовіт, В. Р. Поттера, К. Роджерса, Г. Сігеріста, Ф. Свенауса, Е. Фрома, Б. Хоффмана та ін.

Постановка завдання. Провести філософсько-методологічний аналіз сучасних концепцій здоров'я з точки зору формування міжособистісного простору, різних типів і форм відносин між пацієнтом та іншими соціальними суб'єктами. Дослідити історико-філософські, філософсько-методологічні та соціологічні аспекти міжособистісних відносин пацієнта як соціального суб'єкта з метою збереження та зміцнення свого здоров'я. Соціальна суб'єктність пацієнта буде проаналізована в потрібному сенсі: 1) як механізм критики натуралістичних концепцій здоров'я; 2) як складова сучасних нормостатистичних та холістичних концепцій здоров'я, де цінності та ідеали пацієнта відіграють ключову роль; 3) як суттєвий елемент удосконалення сучасних моделей здоров'я, наближення наукової медицини до *повсякденного життя* пацієнта.

Гіпотеза нашого дослідження полягає в тому, що формування та реалізація соціальної суб'єктності пацієнта сприяє збагаченню його соціального та психофізичного досвіду, збільшенню його наукових та ненаукових знань на природу хвороби та здоров'я, покращує його соціальне здоров'я. Соціальна суб'єктність пацієнта буде розглянута з точки зору формування моральних відносин та принципів: *гідності, автономії, довіри, лояльності, взаємності, солідарності, справедливості та ін.* Передбачається, що саме формування теоретичних моделей здоров'я – *психосоматичної, адаптивної, біоетичної, валеологічної, здоров'я як життєсвіту* та їх впровадження в практичну медицину сприяє розвитку соціальної суб'єктності пацієнта та наближенню медицини до його повсякденного світу.

Виклад основного матеріалу. У сучасних філософських уявленнях про здоров'я, що базуються на ідеях феноменології, екзистенційної філософії, герменевтики, це поняття виступає як *цінність, життєвий досвід, досвід тілесності, життєвий шлях, свобода, спів-Буття з іншими.* Тут здоров'я – умова і свобода бути “тут і зараз”, проживати кожен мить суб'єктивного життя як унікальне

і неповторне спів-буття, спосіб здійснення інтерсуб'єктивних патернів активності і розуміння, факт нашої співприсутності в світі людей і речей [17].

В нашому дослідженні в питаннях взаємодії суспільних та індивідуальних благ (цінностей, сенсів, життєвих стратегій тощо) ми будемо також користуватися ідеями та епістемологією, так званої, *третьої* соціології, яку розробляли Дж. Г. Мід, Г. Блумер, І. Гоффман, Дж. Тернер, Р. Коллінз, П. Штомпка, А. Шюц, на формування якої великою мірою вплинули, з одного боку, філософські традиції американського прагматизму, біхевіоризму, інтеракціонізму, з іншого, – європейські ідеї гуманістичної філософії, екзистенційної психології та психоаналізу, структуралізму та феноменології [15].

Позиція представників *третьої* соціології полягає в тому, що *соціальна суб'єктність*, способи життя, матеріальне, технічне і цивілізаційне оточення людини будується на *міжособистісних відносинах* та їхніх мережах, що усі великі системи під назвою *суспільство*, є нічим іншим як результатом прямих *взаємин між індивідами*, що “відбуваються завжди і невинно, увічнені у вигляді впізнаваних форм та структур” [16, с. 39]. Тому ключем до пізнання соціального блага є суб'єктивний досвід та відчуття, емоційне сприйняття світу особистістю, яка перебуває разом з іншими у просторі повсякденного життя (життєсвіті) [20, с. 49]. Отже механізм соціальних змін на всіх рівнях визначається мікросвітом людських дій, міжособистісними діями та простором, мікрорівнем повсякденного життя [16, с. 289]. На думку одного з засновників сучасної соціології П. Штомпки, найбільш суттєвими моральними відносинами, на яких будується соціальна суб'єктність особистості є: *довіра, лояльність, взаємність, солідарність, повага та справедливість* [15, с. 166].

Одним з різновидів повсякденних людських інтеракцій є стосунки з лікарями та іншим медичним персоналом, саме в цьому нормативно-ціннісному просторі міжособистісних (етичних, моральних та правових) взаємовідносин формуються уявлення про норми та цінності здоров'я та хвороби, але не обмежуються виключно ними. Здатність вчасно відшукати “відповідного” лікаря та отримати медичну послугу (іншу соціальну підтримку), необхідні ліки в аптеках або скористатися нетрадиційними методиками лікування, почути та проаналізувати чужий досвід хвороби свідчать про соціальну спритність суб'єкта, його вписаність у соціальні “порядки” буття.

Перші соціальні контакти щодо збереження власного здоров'я почали формуватися між хворими та знахарями ще в стародавньому світі, останні намагалися підтримувати у суспільстві уявлення про свою всесильність і могутність, а довіра до знахаря покращувала результат “лікування”. З точки зору інтеракційної активності, в той час соціальні контакти “пацієнта” були обмежені не тільки соціальним статусом та фінансовими можливостями, але і незначною кількістю тих, хто володів мистецтвом лікування. Отже соціальні стосунки з тими, хто володів мистецтвом лікування, мали нерегулярний, епізодичний характер, а уявлення пацієнта про свою хворобу переважно зводилося до релігійних забобів та міфів. Тільки з 12-го століття в Європі поступово почався розвиток системи професійної медичної освіти [7, с. 57].

В період, який передував народженню нукової медицини, значна частина населення європейських країн не платила за медичну допомогу і не спілкувалась з лікарями так часто, як сьогодні, але посилала за священником помолитися на благо своєї душі. Наприклад в Англії у 1600 році 90 % вмираючих людей посилали за священником [7, с. 191]. У випадках, коли родина була не в змозі доглядати за хворими, – наймали місцевих медсестер, або ті полегшували біль, прали одяг та постільну білизну, готували для них. Бідні громадяни відвідували знахаря, що працював при церковній парафії [7, с. 192]. Переважна більшість людей вірила в те, що Христос як цілитель є єдиним медичним помічником, необхідним хворим та вмираючим людям. Акцент робився не на зціленні, а на визволенні душі від страждань. Але поступово відбувалося зміщення надії на одужання від Бога на медичного працівника, що, на думку британського філософа І. Мортімера, призвело до революційних змін структури суспільства [7, с. 194].

У 17-18-му століттях формуються наукові погляди на феномен здоров'я, підпорядковані принципам натуралізму та класичного раціоналізму: якщо лікар хоче “знати” хворобу, він має слідувати принципу “норми”, отже видалити індивіда в його неповторних та унікальних якостях [23]. В 1761 році була опублікована робота Дж. Б. Моргані “*De sedibus et causis morborum per anatomen in dagatis*”, в якій були описані результати розтинів семисот трупів разом з прижиттєвими симптомами [15, с. 82]. З того часу хвороба виявилася повністю вписаною у простір фізичного тіла хворого, дослідження якої доступно тільки спеціально підготовленому медичному спеціалісту [11]. Виявилось, що здоров'я і хвороба є умосяжними, метафізичними речами, науковими поняттями, а повсякденний досвід та скарги пацієнта – тим розмаїттям суцього, яке потрібно підпорядкувати, унормувати, систематизувати відповідно до існуючих нозологічних груп хвороб.

На становленні європейської медицини значною мірою вплинули система лікування та етика давньогрецького лікаря-філософа Гіппократа [26], вчення Т. Персіваля, Г. Сіджвіка, які передбачали наявність особливих переваг (“терапевтичних привілеїв”) у лікарів, що дозволяють їм самостійно приймати медично значущі рішення без хворого, *absente aegroto* [8, с. 174].

Мінуле століття пройшло під знаком критики практик Гіппократа і Персіваля [37] та розширення соціальної суб'єктності пацієнта, який з пасивного початку перетворився на дієвого соціального актора, почав створювати громадські рухи та організації щодо захисту своїх прав та свобод, реалізувати різні моделі та стратегії індивідуального здоров'я, застосовувати різноманітні технології його збереження та подовження повноцінного фізичного, психологічного та соціального життя. Як результат, сформувалося подвійне розуміння здоров'я як *наукового* та *соціального* конструкту, відповідно – дві теоретичних гілки: *натуралістична* та *нормативістська*.

Представники першої – відштовхуються від наукових цінностей об'єктивності та розуміння здоров'я як повноцінної реалізації сформованих еволюцією, біологічних функцій організму. В основі їх поглядів – методологічний принцип натуралістичного редукціонізму, вищі форми матерії – здоров'я та хвороба пояснюються закономірностями, властивими нижчим формам (фізіологічним та біологічним). Нормативісти, навпаки, вважають, що в здоров'я та хвороба визначаються соціокультурними конструктами, залежними від історичних типів соціуму, культури, міфологічної свідомості, стилів наукового мислення, форм та методів людського пізнання природи. Також відомі холістичні або гібридні моделі здоров'я, які поєднують елементи двох перших підходів [31, 32, 33, 34].

Одним з прикладів натуралістичного підходу є *біомедична* модель К. Бурси, яка розглядає здоров'я як відсутність патологічних змін в організмі, його здатність до біологічного виживання та репродукції [18]. Це можливо за умови, що біологічні функції організму та його частин (органів, тканин, клітин) відповідають середньостатистичному показнику функціонування – нормі, отже є *нормальними*. Ця концепція не відображає не тільки прагнення та цінності пацієнта, але й індивідуальні фізіологічні та анатомічні особливості, і може бути з однаковим успіхом прикладена як до людей, так і до теплокровних тварин, оскільки в її центрі – сома, тіло, а не особистість [35, с. 66].

В біомедичній моделі соціальна суб'єктність пацієнта формується на основі взаємодії пацієнта виключно з представниками офіційної медицини – практикуючими лікарями, медпрацівниками та науковцями. Пацієнт відчужений від хвороби та здоров'я: демаркацію цих явищ здійснює лікар на основі даних лабораторних практик. Отже багатьох людей відповідно до цієї моделі можна вважати “хворими”, “нездоровими” тільки на основі медичного діагнозу, а не суб'єктивних відчуттів та соціальної активності. Будь-які цінності пацієнта та етичні принципи його взаємовідносин з іншими можна розглядати тільки крізь призму медичного *патерналізму* та безумовної *довіри* до лікаря та офіційної медицини.

У другій половині 20-го століття вагомий внесок в філософію здоров'я був зроблений французькою школою психіатрії (К. Гольштейн, Ж. Кангієм, М. Фуко). Так, на думку французького лікаря та філософа Ж. Кангієма, “норма”, покладена в основу наукового розуміння феномену здоров'я, не є виключно теоретичним поняттям, вона згенерована самим життєвим процесом [19]. Немає науки про норму, але є наука фізіологія про ситуації та стани, “стабільні режими життя”, які називають “нормальними”. Тільки клінічна практика, успіх спілкування та взаємодії пацієнта та лікаря – вміння пацієнта правильно артикулювати свої хворобливі стани та здатність їх розпізнавати та розуміти лікарем – надають змістовності поняттю патології. Інший французький лікар К. Гольдштейн на підставі спостережень у Першу світову війну зробив висновок, що можливе використання неушкоджених частин мозку для компенсації функцій пошкоджених ділянок [24]. Вчений вважав, що, як в психіатрії та неврології, так і в інших галузях медицини, необхідно мислити *норму* і *патологію* в нерозривній цілісності для того, щоб встановити примат суб'єктивності, тобто людської екзистенції.

Представники гуманістичного напрямку психології (Г. Олпорт, К. Роджерс, А. Маслоу, Е. Фром та ін.) запропонували холістичну, *біопсихосоціальну* модель виникнення та перебігу захворювань. Вони довели, що для правильного розуміння причин страждань пацієнта, вибору лікування, досягнення комплаєнса з лікарем як при психічних, так і при соматичних захворюваннях, необхідно враховувати певну цілісність: *біологічні, психологічні та соціальні аспекти хвороби* [21, 22]. Медицина існує лише тому, що люди як соціальні суб'єкти почувають себе хворими і потребують допомоги з боку суспільства. Саме повсякденне життя вводить у свідомість людини категорії здоров'я та хвороби. Вочевидь, неможливо остаточно раціоналізувати людські недуги та страждання, які мають не тільки раціональний, але й ірраціональний, прагматичний, інтимний характер, є незамінними для збереження соціальної ідентичності та цілісності пацієнта. Саме тому виділяють принаймні три стадії або градації хвороби: *хвороба* (disease), *недуга* (illness) та *нездужання* (sickness) [28, с. 414]. У цій класифікації хвороба асоційована з органічними явищами, недуга – з суб'єктивними аспектами стану здоров'я, а нездужання – з соціальним здоров'ям [27].

Різновидом холістичних уявлень про здоров'я є *психосоматична* модель, в якій хвороба “постає як точне слово психічної інтенції”, коли певні ментальні модуси людини призводять до патологічних порушень її соматичного статусу. Засновник психоаналізу та психотерапії З. Фройд одним з перших звернув увагу на безпосередній терапевтичний ефект соціальної інтеракції, розмови лікаря-психотерапевта з пацієнтом, які мають *автотелічний*, інтимний характер, а також на те, що

психічні розлади беруть свій початок в сімейних відносинах, які є прообразом майбутніх повноцінних соціальних інтеракцій.

Різні форми прояву хвороби можуть мати різний ментальний зміст та значення для індивіда як соціального суб'єкта: маніфестувати його прагнення до лідерства; виконувати функцію екзистенційного захисту від оточуючих; встановлювати порушену вихованням та іншими причинами душевну рівновагу; слугувати своєрідною мовою спілкування з іншими людьми; свідчити про потурання суб'єкта своїм слабкостям [5]. Психосоматична модель здоров'я передбачає не просто відсутність хвороб, але позитивний психоемоційний та духовний стан.

Одним з найважливіших елементів здоров'я є внутрішня картина хвороби (ВКХ), яка досліджувалася Г. А. Аріною та А. Ш. Тхостовим [14]. Автори вважають, що ВКХ є особливою формою пізнавальної діяльності (соматорецепції) пацієнта, спрямованої на подолання хворобливих відчуттів та позбавлення від страждань та хвороби, вона є складною психологічною структурою, що складається з 4 рівнів сприйняття хвороби: 1) чуттєвого; 2) емоційного (емоційні реакції хворого на окремі симптоми, захворювання в цілому і його наслідки); 3) інтелектуального (комплекс знань хворого про своє захворювання, усвідомлення причин і можливих наслідків хвороби); 4) мотиваційного (особистісний сенс хвороби), що супроводжується зміною поведінки, способу життя і актуалізацією соціальної діяльності з метою збереження здоров'я.

Розмаїття маніфестацій хвороб та хворобливої симптоматики у різних пацієнтів свідчить не тільки про важливість суб'єктивного виміру, а також про різноманіття індивідуального сприйняття пацієнтами своїх недуг, про феномен *адаптації* [28, с. 414]. Адаптація до хвороби зменшує залежність пацієнта від медичних закладів, сприяє його поверненню до соціального життя в широкому розумінні цього слова.

Адаптаційні моделі здоров'я викликали значний теоретичний та практичний інтерес, сприяли зміні пріоритетів системи охорони здоров'я при наданні медичних послуг. Сьогодні при розподілі медичних ресурсів деякі країни орієнтуються на тяжкість захворювання, яка визначається також і соціальною адаптацією пацієнта до хвороби та страждань [28]. Зміни статусу та соціальної ролі пацієнта, характеру міжособистісних стосунків призводять до змін соціальних інститутів, їх завдань, форм та методів роботи. Так адаптація онкохворих до болю за допомогою фармакологічних засобів сприяла гуманізації медицини, розвитку хоспісного руху та паліативної допомоги, відкриттю нових медичних спеціальностей та відділень в лікарнях.

У 80-их роках минулого століття був показаний взаємозв'язок між моральними цінностями, рівнем етичної культури медперсоналу і якістю наданих медичних послуг. Ці дослідження стали поштовхом для суспільних ініціатив з надання медичних послуг, орієнтованих на *цінності* споживачів [36]. У результаті були створені засновані на екологічних цінностях *зелені клініки*, *дружні до молоді центри*, *християнські центри* медичної допомоги та *поліклініки для феміністично орієнтованих жінок* тощо. Отже, міжособистісні стосунки пацієнта та медперсоналу отримали новий ціннісний та етико-правовий вимір.

Значною мірою на розуміння феномену здоров'я сприяли міждисциплінарні напрямки – *біоетика та валеологія*, представники яких акцентували увагу на об'єднанні медичних, етичних та екологічних векторів здоров'я, на важливості ціннісних та етико-правових засад взаємодії медперсоналу та пацієнтів, на правах пацієнта як соціального суб'єкта на *автономію, свободу вибору, гідність, справедливість розподілу медичних ресурсів та ін.*

Біоетична модель здоров'я втілює уявлення про здоров'я людини як реалізацію етико-правової доктрини, різноманітних біоетичних прав людини, в тому числі права на здоров'я та хворобливі стани, на життя та смерть [12]. "Батько біоетики" В. Р. Поттер вважав, що людство потребує відродження голістичного погляду на світ природи і суспільства, йому необхідна нова мудрість: "Метою біоетики повинне стати покращення якості життя індивіда і суспільства, вона має запропонувати відповідні моделі способу життя людей у соціумі, сприяти формуванню нової суспільної політики" [13, с. 35].

В цій моделі міжособистісний простір взаємовідносин пацієнта з іншими структурований біоетичними принципами: *поваги до автономії та гідності особистості, цілісності, благодіяння, уникнення шкоди, уразливості, справедливості, відповідальності, солідарності, толерантності та ін.* [8]. В якості соціальних суб'єктів виступають медичні та соціальні працівники, аптекарі, інші пацієнти, родина, представники нетрадиційної медицини та громадських організацій щодо захисту прав пацієнта, юристи та ін.

Біоетична модель базується на припущенні, що лише пацієнт є головним і остаточним авторитетом при розв'язанні складних питань власного блага та здоров'я, його самостійні та відповідальні рішення більшою мірою сприяють його соціальному, психічному і фізичному благополуччю, ніж рішення лікаря. Розробка та законодаче впровадження біоетичних цінностей та принципів призвели до перегляду традиційної медичної етики та деонтології та формуванню якісно нових конфігурацій міжособистісного простору та соціальних відносин при наданні медичних послуг.

Принципи біоетики підвищують рівень активності та відповідальності як лікаря так і пацієнта при налагодженні ефективної співпраці та діалогу. Рівень компетентності та обсяг медичних знань пацієнта, можливість спиратися на досвід свого повсякденного життя та власні цінності зростає.

Значний внесок в розвиток *права людини на хворобу* було зроблено Т. Келяновським [29, 30], який показав, що на реалізацію цього права впливає низка чинників: визначення здоров'я як середньостатистичної норми; інвазивність медицини та невиправданий соціальний оптимізм (світ без хвороб); утилітаризм при наданні медичних послуг; особливі культурні цінності (гарна фізична форма, здоровий зовнішній вигляд); одностороння інтерпретація права людини на здоров'я, а не на хворобу [25]. Він стверджував, що сучасна епоха втілила в життя постулат права на здоров'я, як складову медичного страхування, але настав час відстоювати права хворих на повноцінну участь у житті суспільства та боротися з різними проявами нетерпимості, дискримінації та маргіналізації хворих, отже, поряд із правом на здоров'я, право на хворобу також має стати універсальним.

Валеологічна модель здоров'я базується на тому факті, що індивідуальне здоров'я – це явище, не пов'язане виключно з медициною та медичними установами, в фокусе валеологічної роботи – психоемоційні та духовні стани людини, її переживання, смисли, цінності [4, с. 177]. Особливості валеологічної моделі передбачають взаємодію соціальних суб'єктів на стику системи охорони здоров'я, педагогіки та соціальної роботи. Отже, валеологічна діяльність та робота здійснюються на професійному та непрофесійному рівнях, до останнього відносять різновиди добровільної допомоги та взаємодопомоги, основаної та емоційно-особистісного ставленні до людей. Медико-валеологічна робота проводиться з такими контингентами, допомога яким виходить за межі професійної компетентності медиків та соціальних працівників, це – хворі з хронічними або невиліковними хворобами, соціально дезадаптовані індивіди, люди з особливими потребами, самотні літні люди, діти-сироти, матері-підлітки, багатодітні та асоціальні сім'ї, постраждали під час війни цивільні та військові тощо. Етичними та організаційними принципами такої роботи є: *екосистемність, багатомірність, солідарність, континуальність, різноманіття індивідуальних особливостей* [4, с. 184].

Значною мірою здоров'я є результатом відповідальності пацієнта за реалізацію своїх життєвих стратегій, принципів і цілей. Ця модель підкреслює важливість вдосконалення і використання людиною як традиційних, так і нетрадиційних технологій збереження та розвитку індивідуального здоров'я, значну роль здорового способу життя, впливу психологічних, духовних та екологічних чинників на фізичний та соматичний статус індивіда [1]. “Валеологічний поворот” в медицині пов'язаний з розумінням необхідності активної турботи кожної людини про своє здоров'я як про власне благо, турботи не тільки про тіло, а й про душу.

Нами була запропонована власна оригінальна концепція *здоров'я як життєсвіту людини* [9, 11]. Життєсвіт передусім науковій рефлексії, і означає повсякденний світ людської безпосередності та очевидності (феноменальний світ у Гуссерлівському розумінні). Повсякденний світ досвіду спілкування та відповідних відчуттів, бажань та сумнівів, намірів та дій особистості, що виникають в міжособистісному просторі – це та реальність, в якій лише й можлива соціальна суб'єктність людини та формування об'єктивних соціальних структур (А. Шюц) [16, с. 44; 17].). На нашу думку, *життєсвіт* є тією реальністю, робота з якою висвітлює нові горизонти та можливості для терапевтичного процесу, розробки нових моделей та концепцій здоров'я та системи надання медичних послуг, організації системи охорони здоров'я, удосконалення існуючих моделей здоров'я на ґрунті більш кращого розуміння внутрішнього світу та суб'єктивних станів пацієнта, його цінностного універсуму, моральних засад соціального життя та способів присутності у суспільстві.

Життєвий і практичний досвід лікаря і пацієнта, його близьких, аптекарів, до яких людина звертається за порадою, колег на роботі, інших на вулиці, що діляться своїм досвідом, емоційно забарвлені переживання пацієнта про власні хвороби і здоров'я, сни і страхи, моральні виміри особистого життя, внутрішня картина хвороби, унікальні *експерименти і духовні практики*, що мають місце в житті пацієнта, сприяють інтеграції індивідуальних та соціальних моральних цінностей, принципів та досвіду, які є основою соціальних стосунків.

Таким чином, самореалізація людини: досягнення нею своїх професійних цілей, задоволення потреб та інтересів, в тому числі потреби мати гарне здоров'я, можливі лише у світі повсякденного життя, в міжособистісному просторі завдяки численним соціальним інтеракціям, взаємодії людей під час спілкування, у групах, в суспільстві. Збереження гарної фізичної форми, психічного та соматичного здоров'я, вчасне отримання сучасної медичної допомоги завжди здійснюється в контексті соціальної активності та затребуваності суб'єкта, на основі базових відносин *довіри, взаємності, взаємоповаги, солідарності*. І навпаки, припинення соціальної діяльності та зменшення кількості соціальних інтеракцій призводить до порушення звичного темпоритму життя, погіршення психосоматичного стану та розладів фізичного та психічного здоров'я. Недоліком данної моделі є те, що уявлення, почуття, досвід людини щодо власного здоров'я, тобто безпосередню людську життєдіяльність, життєсвіт, важко об'єктивувати з точки зору суспільних відносин [16].

Всеохопна цифровізація медицини; можливість використання пацієнтом послуг телемедицини та грид-медицини; створення та поширення соціальних мереж надавачами медичних послуг; розробка програм електронної охорони здоров'я; впровадження гаджетів та додатків до комп'ютерних програм, фітнес-трекерів тощо, спрямованих на задоволення потреб пацієнтів-користувачів, викликає як оптимізм щодо наближення медичних послуг до повсякденного життя людини, так і певні сумніви стосовно їхньої можливості поліпшити управління індивідуальним здоров'ям [6, с. 40].

Сучасна людина має пристосовуватися до подій малоймовірних, неочікуваних, вміти жити та виживати в умовах глобальних ризиків та загроз. Тому все більшу увагу останнім часом приділяють розробці новітніх концепцій *єдиного та планетарного здоров'я* [6, с. 7], в яких долаються межі розуміння пацієнта як індивіда та соціального суб'єкта, останній розглядається як *розширений організм*, що будує свої інтерактивні та динамічні стосунки з середовищем, яке включає фізичні, біологічні та соціальні обставини, соціальний та природний світ, глобальні та локальні чинники навколишнього середовища [6, с. 128].

Висновки. Проведений історико-філософський, філософсько-методологічний та соціологічний аналіз соціальних відносин пацієнта з лікарем та іншими соціальними суб'єктами на донауковому та науковому етапах розвитку медицини, а також природничонауковій, філософській, соціологічній теорії, концепції та ідеї, що суттєво вплинули на розвиток сучасних уявлень про здоров'я та соціальну суб'єктність пацієнта.

Було показано, що у 20-му столітті відмічається тематизація соціологічних вимірів медицини та соціальної суб'єктності пацієнта. Формування та реалізація соціальної суб'єктності пацієнта сприяє збагаченню його соціального та психофізичного досвіду, збільшенню його наукових та ненаукових знань на природу хвороби та здоров'я, покращує його соціальне здоров'я.

Проаналізовані сучасні моделі здоров'я – біомедична, біопсихосоціальна, психосоматична, адаптивна, біоетична, валеологічна, модель здоров'я як життєсвіту з точки зору набуття пацієнтом особистого досвіду та медичних знань, формування міжособистісного простору, різних типів і форм відносин між пацієнтом та іншими соціальними суб'єктами.

Показано, що реалізація соціальної суб'єктності пацієнта, його здатності актуалізувати свій зовнішній та внутрішній потенціал, активно будувати суспільні відносини та використовувати міжособистісні стосунки з метою одужання та формування стратегій здорового способу життя, сприяє розв'язанню протиріч між соціальними та індивідуальними благами та формуванню єдиного медичного простору в сфері надання медичних послуг.

З'ясовано, що в різних моделях здоров'я соціальна суб'єктність пацієнта має свої особливості та прояви, тому наукові концепції здоров'я можна розглядати з погляду втілення в них цінностей повсякденного інтерсуб'єктивного життєсвіту пацієнта, його переживань та індивідуального досвіду, сенсів та ціннісних уподобань, набутих в спілкуванні з іншими. Важливим механізмом формування соціальної суб'єктності пацієнта виступає міжособистісний простір, структурований етичними принципами автономії та гідності особистості, цілісності, благодіяння, уникнення шкоди, уразливості, справедливості, відповідальності, солідарності, толерантності та ін. Таким чином, різноманітні моделі здоров'я можна оцінювати з позиції моральних принципів міжособистісних стосунків та формування на їх основі міжособистісного простору для реалізації різноманітних уявлень пацієнта про власну цілісність та соціальну природу.

Показано, що психосоматична, адаптивна, біоетична, валеологічна моделі здоров'я, модель здоров'я як життєсвіту сприяють розвитку соціальної суб'єктності пацієнта шляхом лібералізації та демократизації відносин пацієнта з медичними працівниками, впровадженню етичних принципів автономії, довіри, лояльності, поваги гідності та ін. в міжособистісний простір та формуванню відповідної етико-правової культури, наближенню наукової медицини до життєсвіту пацієнта.

Концепція здоров'я людини як життєсвіту, як простору реалізації її індивідуальних сценаріїв та стратегій збереження здоров'я в соціальному просторі, є тією реальністю, робота з якою висвітлює нові горизонти та можливості для терапевтичного процесу, розробки нових моделей та концепцій здоров'я та удосконалення системи надання медичних послуг.

Список використаних джерел:

1. Апанасенко, ГЛ 2020, *Введение в новую парадигму здравоохранения. Здоровье и фитнес*, Київ: Изд-во ООО "Юрка Любченка", 287 с.
2. *Єдиний медичний простір України: правовий вимір 2022*, Монографія, ред. С. Г. Стеценко, Харків: Право, 670 с.
3. Журавльова, ЮО 2016, 'Еволюція наукових поглядів на категорію "суспільні блага"', *Причорноморські економічні студії*, Вип. 9-1, с.12-16.
4. Кулиниченко, ВЛ 2001, *Современная медицина: трансформация парадигм теории и практики (Философско-методологический анализ)*, Киев: Центр практичної філософії, 240 с.
5. Менегетти, А 2004, *Психосоматика. Новейшие достижения*, Київ: ННБФ "Онтопсихологія", 354 с.

6. Мінцер, ОП & Новик АМ 2024, *Інформаційні аспекти здоров'я*. Монографія, Київ: Інтерсервіс, 222 с.
7. Моргімер, І 2018, *Століття змін. Яке століття бачило найбільше змін і чому це важливо для нас*, Харків: Вид-во "Ранок": Фабула, 448 с.
8. Пустовит, СВ 2009, *Глобальна біоетика: становлення теорії і практики (філософський аналіз)*, Київ: Арктур, 324 с.
9. Пустовит, СВ 2021, 'Жизненный мир пациента как современная модель здоровья', *Здоров'я, медицина та філософія: стратегії виживання: м-ли ІХ Міжнародного симпозиуму з біоетики*, м. Київ, 15-16 квітня 2021 р., Київ: Графіка та дизайн, с. 72-74.
10. Пустовит, СВ 2021, 'Пандемия COVID-19: социальные практики и биоэтические аспекты сохранения здоровья', *Health, medicine and bioethics in contemporary society: inter and multidisciplinary studies*. Collection of scientific works, Chisinau: Central-Editorial-Poligrafic Print Caro, с.18-23.
11. Пустовит, СВ 2022, 'Обмеження модерної медицини в контексті ковідної гіперреальності: актуалізація моделі здоров'я як життєвіту пацієнта', *Здоров'я, медицина та філософія: стратегії виживання в умовах ковідної реальності*. Монографія, наук. ред. Пустовит, СВ, Бугайова, НМ & Палей, ЛА, Київ: Українська асоціація з біоетики, с. 8-23.
12. Пустовит, СВ 2023, 'Витоки та концептуальні засади глобальної біоетики В.Р. Поттера', *Humanities studies: збірник наукових праць*, Вип. 15(92), с. 44-51.
13. Пустовит, СВ & Палей, ЛА 2023, 'Від етики Гіппократа до глобальної біоетики В.Р. Поттера: освітні аспекти', *Освітній дискурс: збірник наукових праць*, Вип. 44(4-6), с. 30-42.
14. Тхостов, А 2002, *Психологія телесності*, Київ: Смысл, 287 с.
15. Шевченко, АА & Соколов, АД 2016, 'Анатомия человека в истории медицинского знания', *Журнал анатомии и гистологии*, Т2, № 2, с. 81-88.
16. Штомпка, П 2022, *Соціальний капітал. Теорія міжособистісного простору*, пер. з поль.: М. Яковина, Київ: Дух і Літера, 400 с.
17. Шюц, А & Лукман, Т 2004, *Структури життєсвіту*, Київ: Український Центр духовної культури, 560 с.
18. Boorse, C 1997, A rebuttal on health. *What is disease? (Biomedical Ethics Reviews)*, ed. James M. Humber & Robert F. Almeder, 3-134. Totowa, New Jersey: Humana Press, 250 p.
19. Canguilhem, G 1991, *The normal and the Pathologic*, New-York: Zone Books, 327 p.
20. Ellias, N 1996, *Die Gesellschaft der Individuen*, Frankfurt an Main: Suhrkamp, 320 p.
21. Engel, G 1977, 'Theneed for a new medical model: A challenge for biomedicine', *Science*, No. 196, pp. 129-136.
22. Engel, G 1980, 'The clinical applicationofthebiopsychosocialmodel', *The American Journal of Psychiatry*, May 1980, Vol. 137, pp. 535-544.
23. Foucault, M 1963, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, Presses Universitaires de France, 212 p.
24. Golshtein, K 1983, *La Structure de l'organisme: Introduction à la biologie à partir de la pathologie humaine*, Paris: Gallimard, 462 p.
25. Halasz, J 2018, 'About the righe to be ill', *Medicine, health care and philosophy*, No 21, pp. 113-123.
26. *Hippocratic Corpus* 2011, BMJ, 342 p.
27. Hofmann, B 2002, 'On the Triad Disease, Illness and Sickness', *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 27 (6), pp. 651-673.
28. Jolstad, B 2023, 'Adaptation and illness severity: the significance of suffering', *Medicine, healthcare and philosophy*, V.26, No 3, pp. 413-423.
29. Kielanowski, T 1974, 'Zdrowie człowieka (Health of a Man)', *Człowiek i nauka*, Warszawa: Wiedza Powszechna, pp.164-175.
30. Kielanowski, T 1975, 'Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci (Medical and moral problems of dying and death)', *Etyka*, No 14, pp. 97-106.
31. Lalonde, M 1974, A new perspective on the health of Canadians. A working document, Ottawa:Governmentof, 76 p. Available from : <<https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>>. [21 June 2024].
32. Nordenfelt, L 1987, *On the nature of Health. An action–theoretic approach*, Dordrecht: D. Reidel Publishing Company, 120 p.
33. Sigerist H. E. 1937, *Socialized Medicine in the Soviet Union*, New York, NY: W. W. Norton, 120 p.
34. Sigerist, HE 1960, *On the history of medicine*, New-York: MD Publications, Inc., 313 p.
35. Svenaeus, F 2001, 'Health and Illness as Enacted Phenomen', *Topoi*, Vol. 41(2), pp. 373-382.
36. Veatch, RM 1981, *A theory of Medical ethics*, N.-Y.: Basicbooks, 387 p.

References:

1. Apanasenko, HL 2020, *Vvedenye v novuiu paradyhmu zdravookhraneniya. Zdorove y fitness (Introduction to the new healthcare paradigm. Health and fitness)*, Kyiv: Yzd-vo OOO "Turka Liubchenka", 287 s.
2. *Iedynyi medychnyi prostir Ukrainy: pravovyi vymir (Unified medical space of Ukraine: legal dimension)* 2022, Monohrafiia, red. S. H. Stetsenko, Kharkiv: Pravo, 670 s.
3. Zhuravlova, YuO 2016, 'Evoliutsiia naukovykh pohliadiv na katehoriuu "suspilni blaha" (Evolution of scientific views on the category of "public goods")', *Prychornomorski ekonomichni studii*, Vyp. 9-1, с.12-16.
4. Kulynychenko, VL 2001, *Sovremennaiia medytsyna: transformatsiia paradyhm teoryy y praktyky (Fylosofsko-metodolohycheskyi analiz) (Modern medicine: transformation of paradigms of theory and practice (Philosophical and methodological analysis))*, Kyev: Tsentr praktychnoi filosofii, 240 s.
5. Menehetty, A 2004, *Psykhosomatyka. Noveishye dostyzhenyia (Psychosomatics. New achievements)*, Kyiv: NNBF "Ontopsykholohiia", 354 s.

6. Mintser, OP & Novyk AM 2024, *Informatsiini aspekty zdorovia (Information aspects of health)*. Monohrafiia, Kyiv: *Interservis*, 222 s.
7. Mortimer, I 2018, *Stolittia zmin. Yake stolittia bachylo naibilshe zmin i chomu tse vazhlyvo dlia nas (A century of change. Which century saw the most changes and why it is important for us)*, Kharkiv: *Vyd-vo "Ranok": Fabula*, 448 s.
8. Pustovyt, SV 2009, *Hlobalnaia byoetyka: stanovlenye teoryy y praktyky (fylosofskyi analiz) (Global bioethics: establishment of theory and practice (philosophical analysis))*, Kyev: *Arktur*, 324 s.
9. Pustovyt, SV 2021, 'Zhyznennyi myr patsyenta kak sovremennaia model zdorovia (The patient's life as a modern model of health)', *Zdorovia, medytsyna ta filosofii: stratehii vyzhyvannia: m-ly IKh Mizhnarodnoho sympoziumu z bioetyky*, m. Kyiv, 15-16 kvitnia 2021 r., Kyiv: *Hrafika ta dyzain*, s. 72-74.
10. Pustovyt, SV 2021, 'Pandemyia COVID-19: sotsyalnye praktyky y byoetycheskye aspekty sokhraneniya zdoroviay (The COVID-19 pandemic: social practices and bioethical aspects of health preservation)', *Health, medicine and bioethics in contemporary society: inter and multidisciplinary studies. Collection of science works*, Chisinau: *Central-Editorial-Poligrafic Print Caro*, s.18-23.
11. Pustovit, SV 2022, 'Obmezhennia modernoi medytsyny v konteksti kovidnoi hiperrealnosti: aktualizatsiia modeli zdorovia yak zhyttiesvitu patsiienta (Limitations of modern medicine in the context of pseudo-hyperreality: actualization of the model of health as a patient's lifeworld)', *Zdorovia, medytsyna ta filosofii: stratehii vyzhyvannia v umovakh kovidnoi realnosti*. Monohrafiia, nauk. red. Pustovit, SV, Buhaiova, NM & Paliei, LA, Kyiv: *Ukrainska asotsiatsiia z bioetyky*, s. 8-23.
12. Pustovit, SV 2023, 'Vytoky ta kontseptualni zasady hlobalnoi bioetyky V.R. Pottera (Origins and conceptual foundations of global bioethics V.R. Potter)', *Humanities studies: zbirnyk naukovykh prats*, Vyp. 15(92), c. 44-51.
13. Pustovit, SV & Paliei, LA 2023, 'Vid etyky Hippokrata do hlobalnoi bioetyky V.R. Pottera: osvitni aspekty (From Hippocratic ethics to global bioethics V.R. Potter: educational aspects)', *Osvitnii dyskurs: zbirnyk naukovykh prats*, Vyp. 44(4-6), c. 30-42.
14. Tkhostov, A 2002, *Psykhohohyia telesnosti (Psychology of physicality)*, Kyev: *Smysl*, 287 s.
15. Shevchenko, AA & Sokolov, AD 2016, 'Anatomyia cheloveka v ystoriy medytsynskoho znanya (Human anatomy in the history of medical knowledge)', *Zhurnal anatomyy y hystolohyy*, T2, № 2, c. 81-88.
16. Shtompka, P 2022, *Sotsialnyi kapital. Teoriiia mizhosobystisnoho prostoru (Social capital. Theory of interpersonal space)*, per. z pol.: M. Yakovyna, Kyiv: *Dukh i Litera*, 400 s.
17. Shiuts, A & Lukman, T 2004, *Struktury zhytssvitu (Structures of the world of life)*, Kyiv: *Ukrainskyi Tsentru dukhovnoi kultury*, 560 s.
18. Boorse, C 1997, A rebuttal on health. *What is disease? (Biomedical Ethics Reviews)*, ed. James M. Humber & Robert F. Almeder, 3-134. Totowa, New Jersey: *Humana Press*, 250 p.
19. Canguilhem, G 1991, *The normal and the Pathologic*, New-York: *Zone Books*, 327 p.
20. Ellias, N 1996, *Die Gesellschaft der Individuen*, Frankfurt an Main: *Suhrkamp*, 320 p.
21. Engel, G 1977, 'The need for a new medical model: A challenge for biomedicine', *Science*, No. 196, pp. 129-136.
22. Engel, G 1980, 'The clinical application of the biopsychosocial model', *The American Journal of Psychiatry*, May 1980, Vol. 137, pp. 535-544.
23. Foucault, M 1963, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regards médical*, Paris, *Presses Universitaires de France*, 212 p.
24. Golshtein, K 1983, *La Structure de l'organisme: Introduction à la biologie à partir de la pathologie humaine*, Paris: *Gallimard*, 462 p.
25. Halasz, J 2018, 'About the right to be ill', *Medicine, health care and philosophy*, No 21, pp. 113-123.
26. *Hippocratic Corpus* 2011, *BMJ*, 342 p.
27. Hofmann, B 2002, 'On the Triad Disease, Illness and Sickness', *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 27 (6), pp. 651-673.
28. Jolstad, B 2023, 'Adaptation and illness severity: the significance of suffering', *Medicine, healthcare and philosophy*, V.26, No 3, pp. 413-423.
29. Kielanowski, T 1974, 'Zdrowie człowieka (Health of a Man)', *Człowiek i nauka*, Warszawa: *Wiedza Powszechna*, pp.164-175.
30. Kielanowski, T 1975, 'Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci (Medical and moral problems of dying and death)', *Etyka*, No 14, pp. 97-106.
31. Lalonde, M 1974, A new perspective on the health of Canadians. A working document, Ottawa: Government of, 76 p. Available from : <<https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>>. [21 June 2024].
32. Nordenfelt, L 1987, *On the nature of Health. An action-theoretic approach*, Dordrecht: *D. Reidel Publishing Company*, 120 p.
33. Sigerist H. E. 1937, *Socialized Medicine in the Soviet Union*, New York, NY: *W. W. Norton*, 120 p.
34. Sigerist, HE 1960, *On the history of medicine*, New-York: *MD Publications, Inc.*, 313 p.
35. Svenaeus, F 2001, 'Health and Illness as Enacted Phenomenon', *Topoi*, Vol. 41(2), pp. 373-382.
36. Veatch, RM 1981, *A theory of Medical ethics*, N.-Y.: *Basicbooks*, 387 p.