

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**КАФЕДРА СУСПІЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН  
КАФЕДРА ДИТЯЧИХ ХВОРОБ**

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ  
ІV МІЖНАРОДНОЇ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ ТА ДЕОНТОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ  
СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ  
(НЕМЕДИЧНІ ПРОБЛЕМИ В МЕДИЦИНІ)»**

**23-24 лютого 2023 року**

**м. Запоріжжя**

**Редколегія:**

*Л. М. Боярська* – завідувач кафедри дитячих хвороб ЗДМУ, кандидат медичних наук, професор;

*І. Г. Утюж* – завідувач кафедри суспільних дисциплін ЗДМУ, доктор філософських наук, професор;

*Ю. В. Котлова* – кандидат медичних наук, доцент кафедри дитячих хвороб ЗДМУ;

*Д. П. Сенетий* – доктор філософських наук, доцент кафедри суспільних дисциплін ЗДМУ;

*Н. В. Спиця* – кандидат філософських наук, доцент кафедри суспільних дисциплін ЗДМУ;

*С. А. Козиряцька* – кандидат наук із соціальних комунікацій, доцент кафедри суспільних дисциплін ЗДМУ.

С69

**Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині) :** зб. матеріалів IV Міжнародної науково-практичної конференції (23-24 лютого 2023 року). – Запоріжжя : ЗДМУ, 2023. – 207 с.

Автори матеріалів несуть повну відповідальність за достовірність наданої у доповідях інформації й точність наведених цитат. Точка зору автора не завжди може співпадати з позицією редколегії.

## ЗМІСТ

### **СЕКЦІЯ 1.**

#### **ФІЛОСОФІЯ МЕДИЦИНИ – ІНТЕЛЕКТУАЛЬНО-НАУКОВИЙ ПРОЄКТ ХХІ СТ.: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ**

*Утюж І.Г., Волкова В.В.*

СОЦІАЛЬНА ФІЛОСОФІЯ МЕДИЦИНИ – НАУКОВО-ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИЙ ПРОЄКТ  
ЗАПОРІЗЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ .....10

*Бєленічев І.Ф., Кучковський О.М., Бухтіярова Н.В., Бессараб Г.І., Самура І.Б., Риженко В.П.*  
БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОКЛІНІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПОТЕНЦІЙНИХ ЛІКАРСЬКИХ  
ЗАСОБІВ .....14

*Білай І.М.*

СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКЕ ПРОГНОЗУВАННЯ МАЙБУТНЬОГО ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ  
ОПІКИ .....15

*Абашинік В.О.*

ФІЛОСОФІЯ МЕДИЦИНИ У НІМЕЧЧИНІ: ТРАДИЦІЇ ТА СУЧАСНІСТЬ .....16

*Білокопитова Н.І.*

ПАРАДИГМА НООСФЕРНОЇ МЕДИЦИНИ .....17

*Волкова Ю.В.*

РОЗГЛЯД ПРОБЛЕМИ ЗАБРУДНЕННЯ АТМОСФЕРНОГО ПОВІТРЯ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ  
НОВОЇ ПАРАДИГМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....18

*Воронкова В.Г., Нікітенко В.О., Олексенко Р.І.*

ФІЛОСОФІЯ ЦИФРОВОЇ МЕДИЦИНИ ЯК НОВИЙ НАУКОВИЙ НАПРЯМОК .....23

*Жадько В.А.*

ФІЛОСОФІЯ МЕДИЦИНИ ЯК МЕДИЧНА ФІЛОСОФІЯ .....25

*Іванова К.А., Савченко А.О.*

ІСТОРИКО-ФІЛОСОФСЬКИЙ АСПЕКТ СУТНОСТІ ПОНЯТТЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ .....26

*Коваленко А.Ю.*

ДОСЛІДНИКИ ТВАРИН НЕСУТЬ ПСИХОЛОГІЧНИЙ ТЯГАР, ЯКИЙ МАЮТЬ РОЗГЛЯНУТИ  
КОМІТЕТИ З ЕТИКИ ТВАРИН .....27

*Кравченко В.Ю.*

РЕАЛІЗАЦІЯ ПРИНЦИПУ АВТОНОМІЇ ПАЦІЄНТА В СУЧАСНІЙ МЕДИЧНІЙ  
ПРАКТИЦІ .....27

*Маганова Т.В., Ткаченко Н.О., Скульський Д.В.*

ФІЛОСОФСЬКИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ІНТЕРПРЕТАЦІЇ ЯКОСТІ  
ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРОДУКТУ .....29

*Мацегорова О.Є.*

ХРОНІЧНІ ХВОРОБИ ЯК ВИД ЗАЛЕЖНОСТІ .....31

*Поцулко О.А.*

ВПЛИВ ІДЕОЛОГІЇ ПЕРСОНАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЦИНИ НА ПРАКТИКУ ПРИЙНЯТТЯ  
МЕДИЧНИХ РІШЕНЬ .....32

*Поцулко О.А., Ліфанчук Д.В.*

ДІАГНОЗ ЯК ІСТИНА: ФІЛОСОФСЬКЕ ТРАКТУВАННЯ ПРОБЛЕМИ .....35

*Сумченко С.В.*

ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ РЕДАГУВАННЯ ГЕНОМУ ЛЮДИНИ: ОКРЕМІ АСПЕКТИ  
ОСМИСЛЕННЯ .....37

*Sazanovych L.V.*

INTERDISCIPLINARY DISCUSSION OF HEALTH .....38

*Slyusar V., Slyusar M., Lymanets O.*

THE MYTHIC CHARACTER OF MEDICINE ADVERTISING: THE WORLDVIEW AND  
COMMUNICATIVE ASPECT .....38

## **СЕКЦІЯ 2.**

### **РОЗУМІННЯ РОЛІ, ЗНАЧЕННЯ, РІВНЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ТА ЦІННОСТІ ЛІКАРЯ СУЧАСНИМ СУСПІЛЬСТВОМ (ГЛОБАЛІЗОВАНИЙ СВІТ ТА УКРАЇНСЬКІ РЕАЛІЇ)**

*Марков Ю.І.*

РОЗУМІННЯ РОЛІ ТА ЦІННОСТІ ЛІКАРЯ СУЧАСНИМ СУСПІЛЬСТВОМ .....41

*Бугайчук О.В., Воронкова В.Г.*

КОНЦЕПЦІЯ РОЗРОБКИ ІННОВАЦІЙНИХ СТРАТЕГІЙ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ ОРГАНІЗАЦІЙ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ У ПЕРЕДОВИХ КРАЇНАХ СВІТУ .....45

*Бурашнікова О.С., Воронкова В.Г.*

ЦИФРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ МЕДИЦИНИ У КРАЇНАХ ЄС .....47

*Варакута О.А.*

МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ В РОБОТІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА .....49

*Давидова А.Г., Курочкін М.Ю., Капустін С.А.*

ВЗАЄМОДОПОМОГА ЛІКАРІВ ЯК ЗАПОРУКА УСПІШНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТА.....50

*Мазур В.І.*

ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ДЕОНТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ .....50

*Ткаченко Н.О., Демченко В.О., Маганова Т.В.*

ФІЛОСОФСЬКІ ТА ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОФЕСІЙНИХ КОМУНІКАЦІЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ФАХІВЦІВ .....51

*Хіміч С.Д., Превар А.П., Фуніков А.В., Ольхомяк О.О., Хіміч О.С., Муравйов Ф.Т.*

ТЕОРЕТИЧНІ, КЛІНІЧНІ, СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ ТА ДЕОНТОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ .....53

## **СЕКЦІЯ 3.**

### **ПРОБЛЕМА ЛІКАРЯ-ВИКЛАДАЧА – ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ТА ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ**

*Боярська Л.М., Городкова Ю.В.*

ІНТЕГРАЦІЯ НОВІТНІХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПРОЦЕС ФОРМУВАННЯ ФАХОВИХ КОМПЕТЕНЦІЙ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗАПОРІЗЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ .....54

*Візір В.А., Деміденко О.В., Садомов А.С., Приходько І.Б., Буряк В.В.*

МОДЕЛЬ ЗМІШАНОГО НАВЧАННЯ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ: АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ДИСЦИПЛІНИ .....55

*Калашник К.В., Рябоконт О.В., Фурик О.О.*

ВИКОРИСТАННЯ ВІРТУАЛЬНОГО ПАЦІЄНТА В КУРСІ НАВЧАННЯ НА КАФЕДРІ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ .....56

*Коваленко В.А.*

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КУЛЬТУРИ У МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ .....57

*Круть Ю.Я., Сюсюка В.Г., Князева А.О., Сергієнко М.Ю., Колокот Н.Г.*

ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ ІНТЕРАКТИВНОГО СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ «BODY INTERACT» В ПРАКТИЦІ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ З ДИСЦИПЛІНИ «АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ» У ЗАПОРІЗЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ .....58

*Пащенко І.В., Пащенко С.М.*

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ .....60

*Підкова В.Я.*

ПРОБЛЕМИ ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ДИСЦИПЛІНИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ .....61

*Строгонова Т.В.*

ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ КОМПЕТЕНЦІЙ У СУЧАСНІЙ ВИЩІЙ ШКОЛІ .....62

*Хіміч С.Д., Чемерис О.М., Бурковський М.І., Чорнопищук Р.М., Кателян О.В., Стояновський І.В.*

ПРОБЛЕМИ ВИКЛАДАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН НА КЛІНІЧНИХ КАФЕДРАХ .....63

#### **СЕКЦІЯ 4.**

##### **ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ: "CONSUMOR ALIIS INSERVIENDO"**

*Боярська Л.М., Левчук-Воронцова Т.О.*

ДО ПИТАННЯ ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ ЛІКАРЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА  
ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ .....64

*Манойло Н.Г.*

КОДЕКСИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НОТАРІУСІВ ТА ВИКЛАДАЧІВ СИСТЕМИ ВИЩОЇ  
ОСВІТИ .....69

*Поліщук О.П.*

ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ ЛЮДЕЙ ЗРІЛОГО ВІКУ ТА ЙОГО СПЕЦИФІКА В УМОВАХ  
ШВИДКОГО ВПРОВАДЖЕННЯ ДІДЖИТАЛ-ТЕХНОЛОГІЙ: СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ  
АСПЕКТИ .....71

*Поцулко О.А., Калишко Є.О., Бабошкін А.І.*

ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ  
"CONSUMOR ALIIS INSERVIENDO" .....73

*Рагріна Ж.М., Репетун А.К.*

ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ВИКЛАДАЧІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В  
УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ .....75

*Самойленко О.В., Кульбіда О.О.*

ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ У ПРАЦІВНИКІВ РЕАНІМАЦІЙНОГО ВІДДІЛЕННЯ .....76

*Спиця Н.В., Жовніренко А.С.*

ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ КРИЗЬ ПРИЗМУ ФОРМУВАННЯ НОВОГО  
ІМІДЖУ ПРОФЕСІЇ ЛІКАРЯ В СУЧАСНИХ УКРАЇНСЬКИХ РЕАЛІЯХ .....77

#### **СЕКЦІЯ 5.**

##### **ПРОБЛЕМА ТІЛЕСНОСТІ**

*Ареф'єва А.Ю.*

СИНТЕЗ МИСТЕЦТВА ЯК РЕСУРС АРТ-ТЕРАПІЇ .....79

*Ареф'єва Є.Ю.*

«ХОРЕЯ» ТА «АРЕТЕЯ» ЯК ЕСТЕТИЧНІ ПАТЕРНИ ТА ГЕШТАЛЬТИ КОМУНІКАЦІЇ В  
СИСТЕМІ АРТ-ТЕРАПІЇ .....82

*Герасімчук Т.С., Вертепна Р.І., Муковоз О.В.*

СУЧАСНА ДИТИНА – СУЧАСНИЙ МЕТОД ПРИКОРМУ .....83

*Давидова А.Ж., Ляшенко І.В.*

ФІЛОСОФСЬКИЙ ПОГЛЯД НА СУЧАСНЕ ЖИТТЯ НЕМОВЛЯТИ .....85

*Дмитряков В.О., Свекатун В.М.*

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПОЗИЦІЙ ТЕОРІЇ ГЕТЕРОХРОНІЇ ЯК ГІПОТЕТИЧНОЇ  
МОДЕЛІ ФОРМУВАННЯ ВАД РОЗВИТКУ ОРГАНІВ СЕЧОВИВІДНОЇ СИСТЕМИ .....86

*Дрозд Б.Ю.*

ТРАНСФОРМАЦІЯ СПРІЙНЯТТЯ ЛЮДСЬКОГО ТІЛА В УМОВАХ  
РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ .....87

*Ель Гуессаб К., Білокопитов В.В.*

СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ УКРАЇНСЬКОЇ ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ .....89

*Йожикова Д.О., Герасімчук Т.С., Сліпко В.О.*

СКРИНІНГ СТАНУ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ ДИТИНИ 1-ГО РОКУ ЖИТТЯ  
ЯК ОДИН З ЕЛЕМЕНТІВ ПЕДІАТРИЧНОГО ПРИЙОМУ .....91

*Качмар О.В.*

ПСИХОЛОГІЯ СТРЕСУ ТА СПОСОБИ БОРОТЬБИ З НИМ:  
HUG THERAPY(ОБІЙМОТЕРАПІЯ) .....93

*Козловець М.А.*

ПРОБЛЕМИ ЖИТТЯ І СМЕРТІ В КОНТЕКСТІ ФІЛОСОФСЬКОГО ДИСКУРСУ .....96

*Лямцева О.В.*

МОРАЛЬНО-ЕТИЧНА ПРОБЛЕМА РОБОТИ ПЕДІАТРА З БАТЬКАМИ  
АНТИВАКЦИНАТОРАМИ .....99

<i>Макарова О.А.</i>	РЕАНІМАЦІЯ ЯК ВИЩИЙ РІВЕНЬ ВЛАДИ НАД ЛЮДИНОЮ ЧЕРЕЗ ТІЛЕСНІСТЬ .....	101
<i>Масюк О.П.</i>	ЕТАПИ СТАНОВЛЕННЯ ПОСТЛЮДИНИ В ПРОЦЕСІ МОДЕРНІЗАЦІЇ ЛЮДСЬКОГО ПОТЕНЦІАЛУ В УКРАЇНІ ПІД ЧАС ВІЙНИ .....	102
<i>Поцулко О.А., Розумний Р.К.</i>	ГІЙОМ ЛЕ БЛАН: ПРОБЛЕМА НОРМИ «НОРМАЛЬНОЇ ЛЮДИНИ» .....	103
<i>Серіков К.В.</i>	ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОГНОЗУВАННЯ ЙМОВІРНОГО РЕЗУЛЬТАТУ ШЕМИЧНОГО МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ .....	105
<i>Ткачов В.С.</i>	ТЕХНОЛОГІЇ ЯК НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА ТІЛЕСНОСТІ ЛЮДИНИ .....	109
<i>Фідровська М.Г.</i>	ПРОБЛЕМА ТІЛЕСНОСТІ ТА ЗВ'ЯЗОК З ДУХОВНИМ. НОРМА І ПАТОЛОГІЯ .....	110
<i>Янковський С.В.</i>	ОБ'ЄКТИВАЦІЯ ТІЛЕСНОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ .....	111

## **СЕКЦІЯ 6.**

### **ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ**

<i>Рижов О.А.</i>	КОГНІТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ – КРОК ДО ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ .....	114
<i>Аветісова І.С., Гоцуляк О.С.</i>	ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРНОГО СПІЛКУВАННЯ ІНОЗЕМНОЮ МОВОЮ ПРИ ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ .....	115
<i>Веницька Г.В., Рябокони О.В., Фурик О.О.</i>	ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ ЗНАТЬ У ПРИЗМІ СУЧАСНОЇ МЕТОДИКИ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ» .....	117
<i>Волкова Г.К.</i>	ПРЕДМЕТНО-МОВНЕ ІНТЕГРОВАНЕ НАВЧАННЯ ІНОЗЕМНИХ МОВ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ І ВОЄННОГО СТАНУ .....	118
<i>Гейченко К.І.</i>	МОВНА ПІДГОТОВКА ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ У СУЧАСНИХ УМОВАХ .....	121
<i>Грищенко О.В.</i>	РОЛЬ МОВИ У ПРОФЕСІЙНІЙ ПІДГОТОВЦІ СУЧАСНОГО ЛІКАРЯ .....	121
<i>Гусарова А.В.</i>	СПЕЦИФІКА ОРГАНІЗАЦІЇ ПИСЬМОВОГО КОНТРОЛЮ ЗНАТЬ ТА НАВИЧОК З ПАТОЛОГІЧНОЇ АНАТОМІЇ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ .....	123
<i>Дубініна Я.П., Герасімчук Т.С., Шаменко В.О.</i>	КАР'ЄРНИЙ ДИЗАЙН ФАХІВЦЯ СОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ .....	125
<i>Заброда В.О., Тимошенко М.С.</i>	ВПЛИВ, ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ON-LINE І OFF-LINE ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ .....	130
<i>Звягіна Г.О., Потоцька О.І.</i>	СУПРОВІД ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ У ЗАКЛАДІ ВИЩОЇ ОСВІТИ В СКЛАДНИХ УМОВАХ .....	131
<i>Земляний Я.В., Земляна Н.А.</i>	ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ ПРИ ВИКЛАДАННІ НА КЛІНІЧНИХ КАФЕДРАХ .....	132
<i>Іванченко О.З., Мельнікова О.З.</i>	ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ ФОРМ ЗАВДАНЬ ОНЛАЙН-ПЛАТФОРМИ MICROSOFT TEAMS У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ .....	133

<i>Ісайчева К.К., Каплаушенко А.Г., Самелюк Ю.Г.</i>	
ОСВІТНІЙ ПРОЦЕС НА КАФЕДРІ ФІЗКОЛОЇДНОЇ ХІМІЇ ЗДМУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ .....	134
<i>Козиряцька С.А.</i>	
РЕАЛІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ДИСЦИПЛІН ГУМАНІТАРНОГО ЦИКЛУ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ .....	135
<i>Кришталь В.М.</i>	
ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ .....	138
<i>Крісанова Н.В., Іванченко Д.Г., Рудько Н.П., Черчесова О.Ю.</i>	
ЗМІНА ПІДХОДІВ У ВИРІШЕННІ ПРОБЛЕМИ ПІДВИЩЕННЯ ПОКАЗНИКА ЯКІСНОЇ УСПІШНОСТІ З ДИСЦИПЛІНИ «БІОЛОГІЧНА ХІМІЯ» У СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «МЕДИЦИНА» ПРИ ДИСТАНЦІЙНІЙ ФОРМІ НАВЧАННЯ .....	139
<i>Крупей К.С., Деген А.С., Кравченко Г.В.</i>	
ЖАНР ІНТЕРВ'Ю ЯК ЕФЕКТИВНИЙ ІНСТРУМЕНТ ОТРИМАННЯ СТУДЕНТАМИ ІНФОРМАЦІЇ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО Й АСИНХРОННОГО НАВЧАННЯ .....	140
<i>Кулакова О.М.</i>	
ДИСТАНЦІЙНЕ ВИКЛАДАННЯ ФІЛОСОФІЇ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ .....	142
<i>Мазулін О.В.</i>	
САМОСТІЙНА РОБОТА ФАРМАЦЕВТИВ-ІНТЕРНІВ З ДИСЦИПЛІНИ «СТАНДАРТИЗАЦІЯ ТА СЕРТИФІКАЦІЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ» В УМОВАХ ON-LINE НАВЧАННЯ .....	143
<i>Масік Н.П.</i>	
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РОБОТИ ЗІ СТУДЕНТАМИ СТАРШИХ КУРСІВ .....	144
<i>Пилипенко В.В.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ДИСТАНЦІЙНОГО ВИКЛАДАННЯ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ У ВОЄННИЙ ЧАС .....	145
<i>Рогова А.В.</i>	
ПРОБЛЕМИ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ ТА ІНТЕРАКТИВНЕ НАВЧАННЯ В МЕДИЦИНІ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ .....	146
<i>Самойленко О.В., Малахова В.В.</i>	
СТВОРЕННЯ СПРИЯТЛИВОГО МІКРОКЛІМАТУ В ГРУПІ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ .....	149
<i>Сепетий Д.П.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ПРОБЛЕМАТИКИ ФІЛОСОФІЇ СВІДОМОСТІ ДЛЯ ЗДОБУВАЧІВ НАУКОВОГО СТУПЕНЯ PhD В МЕДИЧНИХ ЗВО .....	150
<i>Сидоренко О.В., Денисенко О.М.</i>	
ОСВІТА В УМОВАХ ВІЙНИ: ВИКЛИКИ І ПРОБЛЕМИ .....	151
<i>Соляненко О.Л.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ .....	154
<i>Соляник О.В.</i>	
СИТУАЦІЙНО-РОЛЬОВА ГРА У ВИВЧЕННІ ПРОПЕДЕВТИЧНОЇ ПЕДІАТРІЇ ПРИ ДИСТАНЦІЙНОМУ НАВЧАННІ .....	155
<i>Стиця Н.В., Школова О.П.</i>	
ВИКЛАДАННЯ ФІЛОСОФІЇ В МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ В УМОВАХ ВІЙНИ ЯК ТЕРАПІЯ .....	156
<i>Ткач А.В.</i>	
ДЕРЖАВНА МОВА – МОВА ФАХОВОГО СПІЛКУВАННЯ .....	157
<i>Точиліна Т.М., Точилін А.В.</i>	
ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА КОНТРОЛЮ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ПРИ ВИВЧЕННІ КУРСУ МЕДИЧНОЇ ТА БІО-ЛОГІЧНОЇ ФІЗИКИ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ .....	158
<i>Уварова О.О.</i>	
ВИБІРКОВА ОСВІТНЯ КОМПОНЕНТА «ІМІДЖ ЛІКАРЯ»: ПЕРШІ РЕЗУЛЬТАТИ ВИКЛАДАННЯ .....	159

<i>Федоренко О.О.</i>	РОЛЬ КІНЕМАТОГРАФУ В НАВЧАННІ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ .....	160
<i>Федько О.Ю.</i>	ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ РОЛЬОВИХ ІГОР НА ЗАНЯТТЯХ З «УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ (ЗА ПРОФЕСІЙНИМ СПРЯМУВАННЯМ)» .....	161
<i>Фурик О.О., Рябокони Ю.Ю., Саліонов В.О.</i>	ВИКОРИСТАННЯ ДИСТАНЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ ПРИ ПІДГОТОВЦІ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ .....	162
<i>Філіпенко І.І.</i>	ПІДГОТОВКА ТА САМООРГАНІЗАЦІЯ СПЕЦІАЛІСТА-ІНОЗЕМЦЯ НА ЗАНЯТТЯХ З ФІЗИКИ .....	163
<i>Якутіна Т.Г.</i>	ФАКТОР ОНЛАЙН-НАВЧАННЯ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ ЯК ІНОЗЕМНОЇ СТУДЕНТІВ – ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН ОНЛАЙН В ЗДМУ .....	165

## **СЕКЦІЯ 7.**

### **МЕДИЦИНА В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВІЙНИ**

<i>Вітюк І.К., Власюк К.А.</i>	СТРАХ СМЕРТІ В УМОВАХ ВІЙНИ .....	167
<i>Власенко Ф.П.</i>	СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЯК ОСНОВА НАЦІОНАЛЬНОЇ СТІЙКОСТІ УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА .....	169
<i>Гарбар Д.Ю.</i>	ВІЙНА І ВІДЧУТТЯ РУЙНАЦІЇ СПРАВЕДЛИВОСТІ .....	171
<i>Кандибей В.К.</i>	ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ ЛОГОТЕРАПІЇ В.Е.ФРАНКЛА ПРИ ПРОВЕДЕННІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ВІЙНИ .....	173
<i>Левченко С.В.</i>	ДІАЛЕКТИКА ВІЙНИ: СТРАХ/ВІДВАГА, ВТРАТИ/НАБУТТЯ, ВОРОГИ/ПОБРАТИМИ .....	176
<i>Логвиненко М.В.</i>	МЕДИЦИНА В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВІЙНИ .....	178
<i>Коваленко М.В.</i>	СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЯК СКЛАДОВОЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ .....	179
<i>Ковтун Н.М., Ковтун Ю.В.</i>	СМІХ ЯК МЕХАНІЗМ ЗБЕРЕЖЕННЯ СЕБЕ В УМОВАХ ВІЙНИ (НА ПРИКЛАДІ ІНТЕРНЕТ-МЕМІВ) .....	181
<i>Корсак К.В., Корсак Ю.К.</i>	ІНФОГРАФІЧНА НООПРОПОЗИЦІЯ УНІВЕРСАЛЬНОГО ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ УКРАЇНЦІВ В УМОВАХ ВІЙНИ .....	183
<i>Овчаренко Л.С., Чакмазова О.М., Вертегел А.О., Редько І.І., Андрієнко Т.Г., Кряжев О.В., Самохін І.В.</i>	ВИКЛИКИ ЩОДО ПІДГОТОВКИ ЛІКАРЯ-СПЕЦІАЛІСТА В УМОВАХ ВІЙНИ .....	185
<i>Старчук Є.О.</i>	ЛІКАР В УМОВАХ ВІЙНИ – МІЖ ЖИТТЯМ ТА СМЕРТЮ .....	187

## **СЕКЦІЯ 8.**

### **МАЙБУТНЄ МЕДИЦИНИ: СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКЕ ПРОГНОЗУВАННЯ**

<i>Андрюкайтене Р., Воронкова В.Г., Нікітенко В.О., Олексенко Р.І.</i>	ЦИФРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ МЕДИЦИНИ У КИТАЇ .....	189
<i>Бутченко Т.І.</i>	ТЕРАПЕВТИЧНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ФІЛОСОФІЇ В УМОВАХ ВІЙНИ .....	191



<i>Дудченко С.А.</i> ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ СТРУКТУРИ ПІДПРИЄМСТВА ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ЛЮДСЬКОГО ФАКТОРА .....	191
<i>Іванькова Н.А.</i> АКМЕОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД ЯК ОСНОВА ПІДГОТОВКИ ФАРМАЦЕВТІВ/ПРОВІЗОРІВ- ІНТЕРНІВ У КОНТЕКСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПУ НАВЧАННЯ ПРОТЯГОМ ЖИТТЯ .....	194
<i>Крупа А.Г., Воронкова В.Г.</i> ВИКОРИСТАННЯ ЧАТ-БОТІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЦИФРОВОЇ МЕДИЦИНИ КИТАЮ ТА США .....	194
<i>Мар'єнко В.Ю., Воронкова В.Г.</i> НАПРЯМИ РОЗВИТКУ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ У СФЕРІ МЕДИЦИНИ В ЕПОХУ ВЕЛИКИХ ДАНИХ .....	196
<i>Павленко Н.В.</i> СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ В МЕДИЧНІЙ СФЕРІ .....	198
<i>Пацера М.В., Стець В.Р.</i> СУЧАСНИЙ ЛІКАР ТА/АБО ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ .....	199
<i>Слюсарь М.Ю., Воронкова В.Г.</i> ВИКОРИСТАННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ І КОМУНІКАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ОРГАНІЗАЦІЯХ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ .....	200
<i>Тіткова О.Ю.</i> РОЗДУМИ ПРО МАЙБУТНЄ МЕДИЦИНИ .....	202
<i>Утюж І.Г., Попазова О.О., Макєєва Л.В., Алієва О.Г., Громоковська Т.С., Потоцька О.І.</i> ЦИФРОВА КРАЇНА В МЕДИЦИНІ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ: ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ .....	203
<i>Череп А.В., Воронкова В.Г., Череп О.Г.</i> ВПЛИВ ЦИФРОВОЇ МЕДИЦИНИ НА РОЗВИТОК ЦИФРОВОЇ ЕКОНОМІКИ .....	204

**СЕКЦІЯ 1. ФІЛОСОФІЯ МЕДИЦИНИ –  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНО- НАУКОВИЙ ПРОЄКТ XXI СТ.:  
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ**

**СОЦІАЛЬНА ФІЛОСОФІЯ МЕДИЦИНИ – НАУКОВО-ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИЙ ПРОЄКТ  
ЗАПОРІЗЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

*Утюж Ірина Геннадіївна,  
доктор філософських наук, професор,  
завідувач кафедри суспільних дисциплін,  
Запорізький державний медичний університет,  
Волкова Валерія Володимирівна,  
кандидат педагогічних наук, доцент,  
доцент кафедри ділової комунікації,  
Запорізький національний університет*

Сьогодні ми зібрались на IV Міжнародній конференції «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)». Зрозуміло, що це ще невеликий термін буття для наукового зібрання, але щоб ця конференція відбулась, повинен був скластись науковий простір ідейних натхненників, науковців з великої літери, мудрих людей, які в непростий час критично осмислюють роль медицини та охорони здоров'я в нашому сучасному суспільстві, формують питання збереження соціальної культури, зокрема збереження і формування морально-етичного простору медичної сфери. До того ж відзначимо, що питання, пов'язані зі здоров'ям, дедалі більше впливають на функціонування систем соціального забезпечення та розвитку.

М. Фуко свого часу дуже влучно зауважив: «Медик посідає в межах будь-якого суспільства, будь-якої цивілізації абсолютно особливе становище: він повсюдно є предметом суспільної уваги і майже завжди незамінний» [8, с. 51].

Тому в рамках нашого медичного університету кафедри філософського та суспільно-гуманітарного спрямування, науково-теоретичні та клінічні кафедри розпочали активну роботу з формування науково-інтелектуального проєкту «Філософія медицини».

Філософським аналізом та етичними оцінками довго нехтували. Однак останнім часом медичні факультети, професійні організації та певною мірою суспільна свідомість продемонстрували зростання обізнаності в питаннях розвитку медицини. Сьогодні запроваджують нові навчальні програми та дослідні проєкти з предметів метамедицини, однак вони часто зустрічають сильний спротив, якщо не пряму перешкоду. Таким чином, видається вкрай важливим, щоб зусилля з реалізації цих проєктів були зміцнені через контакти та співпрацю не просто на університетському рівні, але й на українському та європейському наукових просторах.

Тому наша конференція і є тим науково-інтелектуальним проєктом, який об'єднав науковців не тільки України, але й інших країн Європи з метою вирішення складних питань, пов'язаних з медичною наукою і практикою.

Ця стаття є оглядом конференції «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)», що поєднує філософію та інші соціогуманітарні дисципліни з медициною. Міждисциплінарний проєкт «Філософія медицини» розкриває прикладну роль філософії і показує, як філософія може висвітлювати й критично аналізувати те, що лікарі роблять у своїй повсякденній діяльності.

З давніх-давен філософія і медицина об'єднують свої зусилля, оскільки порізно вони позбавлені цілісності: філософія віддаляється від емпірії, «витає в хмарах», а медицина, занурюючись у дослідження організму, забуває про особу, «потопає» у деталях.

На всьому шляху розвитку культури ідеї об'єднання філософського й медичного знання з метою досягнути таємниці життя і таємниці людини втілювалися в працях найвідоміших філософів, медиків, натуралістів. Внаслідок цього сформувалась особлива галузь знання – філософія медицини, яка покликана об'єднати наявні практичні знання про людину як біологічну, соціальну і духовну істоту, а також знайти адекватні шляхи адаптації людини до умов життя, які її оточують.

Відтак, розкриваючи сутність філософії медицини, ми чітко підкреслимо декілька змістових аспектів, а саме:

- це формування ідеології здорового збереження людини;

- це самосвідомість медичної спільноти. Філософія медицини висловлює те, що змушені постійно осмислювати сучасні лікарі, фармацевти, медичні сестри і багато інших категорій працівників системи охорони здоров'я;
- філософія медицини і фармації прагне зрозуміти й оцінити медичні знання про здоров'я людини і шляхи звільнення її від хвороб;
- філософія медицини і фармації має справу із загальними знаннями, тобто «Другою реальністю» створеною науковою і практичною діяльністю медиків.

Тому, презентуючи систему «Філософія медицини», ми говоримо про формування цього проекту в структурі основних розділів: онтологія медицини, гносеологія медичних наук, методологія наукового медичного дискурсу – етіологія, питання біоетичного регулювання сучасної науково-дослідної діяльності та соціально-філософська аналітика медицини.

Наша конференція підтвердила, що в рамках міждисциплінарного діалогу досвід медицини може стати дуже корисним для сучасної філософії, по-перше, з тієї причини, що ці два види рефлексії виникли і розвивалися у безпосередній взаємодії, згідно з відомою тезою Гіппократа «Лікар-філософ подібний до Бога». По-друге, для медицини впродовж усієї історії її існування визначальним залишається питання «Що таке людина?», оскільки соціальна природа медицини виявляється у здатності науки впливати на суспільство. Йдеться про сформовану нову модель існування людини, а саме про модель «суспільства ремісії». І по-третє, медицина – найбільш наочний приклад тієї самої дії «культури» на «природу», «штучного» – на «природне», яка настільки небезпечним чином виявляє себе в деяких характеристиках здійсненого сьогодні «онтологічного повороту».

Медична наука та медична практика, звичайно, є діяльністю в реальному світі, тому вони часто пов'язані з низкою етичних і політичних проблем. Такі нормативні міркування або наслідки майже завжди можна помітити на задньому плані в наукових виданнях. Дійсно, ці нормативні проблеми досить часто можуть бути суттєвою мотивацією для вирішення концептуальних, епістемологічних і методологічних питань – складових філософії науки. Але саме питання соціальної філософії медицини, питання етики та політики становлять центральну мету та зміст різноманітних розділів нашої конференції.

І це цілком логічно й актуально для світоглядних орієнтирів українського менталітету, бо основними рисами українського національного характеру завжди були пріоритетними морально-етичні складові. Відтак українське медичне співтовариство на перше місце своєї діяльності виносить питання етики, моралі, деонтології, соціально-правових та соціокультурних складових взаємодії у професійній сфері. Корозія квазікапіталістичних цінностей байдужості масового суспільства не до кінця роз'їла світоглядні орієнтири наших людей.

І це не порожні слова, це підтверджено медичною реальністю, коли ми бачили подвиг наших вітчизняних медиків при подоланні епідемії COVID-19 та в умовах війни, яка йде на нашій землі. Попри війну та щоденне протистояння ворогу, українські медичні сестри та брати, акушерки, фельдшери, лікарі продовжують міцно тримати медичний фронт України. Під час вибухів, у підвалах, без світла та води, під дулами ворожих автоматів вони надають медичну допомогу та рятують людське життя. Їх робота – приклад найвищої моральної сили.

Тому ця конференція – це результат наукового проекту не просто філософії медицини, а соціальної філософії медицини. Примітно, що соціальна філософія медицини робить своїм предметом не тільки структуру та розвиток медичної науки, не тільки аналізує зовнішній соціальний контекст існування медицини, а й створює передумови для результативного міждисциплінарного діалогу – філософії та медицини, – формуючи соціальну онтологію медицини й соціальну картину світу, де здоров'я, здорове збереження людини мають бути пріоритетними в соціальній політиці держави.

Філософська основа медичної практики включає в себе взаємний розгляд медициною і філософією проблем, що є спільними для обох. Щодо суті цих проблем влучно зауважує завідувач кафедри дитячих хвороб ЗДМУ, професор Л.М. Боярська: «Однією з найважливіших суперечностей медицини є суперечність між знанням суті хвороби і відсутністю знань конкретних механізмів її виникнення та лікування. Кожен пацієнт у лікаря, навіть досвідченого, викликає ланцюг міркувань для визначення причини скарг, що виникли, і постановки правильного діагнозу. Іншими словами, лікар має розуміти внутрішній зміст явищ, бачити невидиме. Лікарю необхідно, перш за все, помічати зв'язок між різними процесами і явищами під час розвитку захворювання, тобто справжню суть патологічного процесу. Формуванню здатності до аналізу і синтезу фактів, логічного моделювання конкретної ситуації і системного мислення сприяє філософська культура лікаря» [1, с. 10].

Деонтологічні, біоетичні аспекти медичної практики завжди перебувають у центрі уваги професійного медичного співтовариства, тому більшість статей нашої конференції присвячені пошуку адекватних моральних і правових шляхів комунікації Лікар-Пацієнт – ось тільки один з лейтмотивів деонтологічного дискурсу, який порушують науковці.

Тетяна Герасимчук, доцент кафедри дитячих хвороб ЗДМУ, зазначає: «З початку розвитку медицини домінувала патерналістська модель взаємодії лікаря і пацієнта. «Я скерую режим хворих до їхньої вигоди згідно з моїми силами і моїм розумінням», – йдеться в клятві Гіппократа. Пацієнт повністю довіряв лікарю приймати рішення у своїх інтересах. Ця модель передбачає, що лікар діє як опікун, обираючи найбільш ефективний спосіб обстеження та лікування хворого, про що терапевт, згідно із сучасним законодавством, інформує пацієнта або його батьків. Автономія останніх виявляється тільки згодою з рішенням лікаря. Пацієнти фактично позбавлені вибору методу лікування. Лікар бере на себе повну відповідальність за пацієнта, включаючи інколи навіть ті питання, що виходять за рамки професійної діяльності й зумовлені лише його життєвим досвідом і моральними якостями. Таким чином, частково порушується принцип автономії пацієнта, згідно з яким, пацієнт або його батьки мають право самі обрати лікаря або лікувальний заклад, бути активними учасниками лікувально-діагностичного процесу» [2, с. 16].

Зрозуміло, що Тетяна Герасимчук порушує найактуальнішу проблему нової парадигми в медицині, де, з одного боку, медицина розкриває для пацієнтів багато інформації про хвороби, збереження здоров'я і переходить від патернальної моделі до партнерської, де ключовий фактор «автономна згода пацієнта» є головною в лікуванні, а з іншого боку, авторка чітко підкреслює професійну сміливість лікаря, коли він бере на себе відповідальність за лікування, розуміючи, що не кожен пацієнт здатен оцінити аналітичні застереження лікаря щодо свого здоров'я (здоров'я пацієнта).

Соціальна філософія медицини дає змогу порушити ще одну фундаментальну онтологічну проблему, яка була представлена науковцями-медиками. Це проблема ГУМАНІЗАЦІЇ ЖИТТЯ, а отже, й гуманізація медицини. Гуманізація – це завжди орієнтація на людину, особистість, тому не випадково наша конференція презентує роботи лікарів-клініцистів, які показують перехід від «глухоти» в медицині до екзистенційного виміру появи життя, хвороби, болю. Ось тільки деякі приклади лікарів-педіатрів, які розмірковують над екзистенційною складовою свого професійного життя: стаття Димитрюк Д.С., Беляєва Ю.С., Корхова М.В., Нагорна О.О., Котлова Ю.В. «Філософські та медичні обрії першого вдиху новонароджених» [7, с. 17.]; Котлова Ю.В., Курочкін Т.І. «Біль у новонароджених – етична, медична, виховна проблема» [5, с. 51]; Давидова А.Г., Курочкін М.Ю., Капустін С.А. «Дитина, батьки та смерть: погляд реаніматолога» [3, с. 86], «Допомога невиліковно хворій людині» [4, с. 158] та інші статті, що порушують питання вивчення і взяття до уваги в процесі лікування екзистенційного досвіду хвороби.

Ось тільки декілька рядків з однієї статті, що конкретизує сенс врахування екзистенційного досвіду: «Перший вдих немовляти очікують не лише мати, родина, але й лікарі – акушери-гінекологи, і ще більше – лікар-неонатолог, який найбільше розуміється на тому, як цей вдих відбувається. Коли і як формується ефективний перший вдих немовляти? Можливо, у трансцендентальному просторі (у розумінні: споконвічне, незаймане та близьке до природи) уявлення майбутньої матері, коли вона мріє про дитину. У сучасному житті жінки стали серйозніше ставитися до вагітності та пологів, більш детально і скрупульозно ставитись до планування вагітності, починаючи з підготовки організму до вагітності, а потім гортаючи сторінки фантастичної книги з щасливим кінцем під назвою «вагітність» та уявляючи наприкінці голосний крик новонародженої дитини, який означає, що є перший вдих, що є кисень, що є життя» [7, с. 17].

Поява абсолютно прогресивних (але не нових) гуманістичних ідей у медицині, у системі економцентричних відносин сучасності свідчить про необхідність її етичної та епістемологічної корекції. У пошуках методів залучення екзистенційного виміру досвіду хвороби в лікарських практиках виникає (поки що не відпрацьована, але надзвичайно перспективна) ідея «нарративної медицини», яка реанімує фундаментальну етичну складову лікарської справи і передбачає напрацювання нових нарративних компетентностей у лікаря. (Пояснимо, що **нарратив**, або **оповідь** (англ. і фр. *Narrative* – «оповідь», від лат. *narrare* «розповідати», «пояснювати») – сукупність пов'язаних між собою реальних чи вигаданих подій, фактів або вражень, які становлять оповідний текст. Також це процес повідомлення такого тексту (нарація) і метод впорядкування дискурсу. Особа, яка здійснює нарратив, називається оповідачем (наратором) [6]).

Проблеми формування нарративної медицини порушують і формують не тільки аспекти екзистенційних вимірів, зрозуміло, що цей дискурс виводить нас в аналітику нової моделі

суспільного розвитку, яка сьогодні здобуває назву «Суспільство ремісії». Медицина стає парадигмою філософії, тому неможливо не порушувати питання критичного дискурсу соціальних трансформацій, а саме питань, що стосуються проблем лікаря, пацієнта, медицини як інституції, які зумовлені ринком. Зрозуміло, що на конференції порушуються такі теми, які включають постановку проблеми медицини і політики: розкриваються теми зростання нерівності у сфері доступу до медичних послуг у контексті четвертої індустріальної революції, розглядаються питання соціальних викликів у сфері медичного обслуговування внутрішньо переміщених осіб в Україні, здійснюється пошук шляхів реалізації принципу дистрибутивної справедливості на прикладі університетської клініки ЗДМУ. Отже, ще можна згадати багато тем, які будуть підтверджувати природу науково-інтелектуального проєкту соціальної філософії медицини. Підкреслимо, що для сучасної України проблема здоров'я є не просто актуальною, вона є смисложиттєвою, оскільки в умовах реформування країни спостерігається стійка тенденція до зменшення кількості населення і тривалості його життя, зростає смертність, збільшується захворюваність, зменшуються можливості для лікування і зміцнення здоров'я.

І насамкінець хотілось би ще звернути увагу на те, що наша конференція намагається презентувати тематику науково-методологічного пошуку. Поки що є не багато праць, які спеціально досліджують методологічні принципи медичної науки. Але зазначимо, що це праці таких науковців, як професор Беленічев І.Ф. (проведення доклінічних іспитів нових лікарських препаратів), професор Боярська Л.М. (про вплив екологічних ризиків біологічного спрямування на якість життя, реалізація методологічного принципу цілісності), Марушко Т.В., Онуфреїв О.С., науковці-клініцисти із Молдови – Русу-Радзиковіч Н. (постановка проблем із цикла методології теорії лікування) та інші дослідники. У презентованих працях загальнофілософські принципи відображаються в принципах теоретичної медицини, тому цей науково-методологічний напрям потребує особливого аналізу як з боку медичного співтовариства, так і з боку філософів.

Підсумовуючи, зазначимо, що роль філософа відносно медицини полягає в застосуванні критичної і діалектичної методології для вирішення філософських проблем у медицині, особливо в клінічній практиці. Мета філософії медицини – урахування «всієї сфери клінічного простору». Із наведеного аналізу роботи конференції можемо констатувати, що зв'язок медицини і філософії формується і реалізується як відображення клінічної мудрості.

Важливо відзначити, що для науковців, які беруть участь у нашій конференції, філософія медицини функціонує як описово, так і нормативно. Філософія медицини шукає пояснення того, чим є і чим має бути медицина з точки зору аксіоматичних припущень, на яких вона заснована. Саме в цьому дусі буде розвиватись філософія медицини, особливо з погляду метафізики, епістемології й етики медичних знань і практики. Основне питання для філософії медицини – це питання, яке пов'язане з природою самої медицини, а природа медицини – це ЛЮДИНА, допомога людині, збереження найціннішого – ЖИТТЯ!

#### Список використаної літератури

1. Боярська Л. Лікарські помилки. *Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині): збірник матеріалів I Всеукраїнської науково-практичної конференції (20–21 лютого 2020 року)*. Запоріжжя: ЗДМУ, 2020. 188 с.
2. Герасимчук Т. Взаємодія лікар-пацієнт. *Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині): збірник матеріалів I Всеукраїнської науково-практичної конференції (20–21 лютого 2020 року)*. Запоріжжя: ЗДМУ, 2020. 188 с.
3. Давидова А. Г., Курочкін М. Ю., Капустін С. А. Дитина, батьки та смерть: погляд реаніматолога. *Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині): збірник матеріалів II Всеукраїнської науково-практичної конференції (18–19 лютого 2021 року)*. Запоріжжя: ЗДМУ, 2021. 180 с.
4. Капустін С. А., Давидова А. Г. Допомога невиліковно хворій людині. *Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині): збірник матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції (24–25 лютого 2022 року)*. Запоріжжя: ЗДМУ, 2022. 248 с.
5. Котлова Ю. В., Курочкін Т. І. Біль у новонароджених – етична, медична, виховна проблема. *Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині): збірник матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції (24–25 лютого 2022 року)*. Запоріжжя: ЗДМУ, 2022. 248 с.
6. Наратив. URL:

<https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B0%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B2>

7. Філософські та медичні обрії першого вдиху новонароджених / Д.С. Дмитрюк та ін. *Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині): збірник матеріалів II Всеукраїнської науково-практичної конференції (18–19 лютого 2021 року)*. Запоріжжя : ЗДМУ, 2021. 180 с.
8. Фуко М. *Археологія знання*. Київ: Основи, 2003. 333 с.

## **БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОКЛІНІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПОТЕНЦІЙНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

*Беленічев Ігор Федорович,  
завідувач кафедри фармакології та медичної рецептури  
з курсом нормальної фізіології, професор,  
Кучковський Олег Миколайович,  
асистент кафедри фармакології та медичної рецептури  
з курсом нормальної фізіології,  
Бухтіярова Ніна Вікторівна,  
доцент, доцент кафедри клінічної лабораторної діагностики,  
Бессараб Георгій Ігнатович, доцент, доцент кафедри  
фармакології та медичної рецептури  
з курсом нормальної фізіології,  
Риженко Віктор Павлович,  
доцент, Запорізький державний медичний університет*

Біоетика – це область досліджень, що вивчає етичні питання в науках про життя, медицину та охорону здоров'я. Вона забезпечує посібник з подолання етичної невизначеності, пов'язаної з цими дисциплінами, а також обґрунтування відповідної державної політики та керівних принципів для конкретних дисциплін. Будь-яка установа з науковою або медичною місією повинна займатися біоетикою, будь то лікарня, дослідницький центр, клініка або біофармацевтична компанія. Хоча норми біоетики повинні залишатися постійними у всіх умовах, розумно припустити, що їх застосування змінюватиметься залежно від характеристик цього оточення. Етичні норми (концепції, принципи та правила) лежать в основі загальної моралі, їм не вистачає специфіки. "Практична" або "прикладна" етика, така як біоетика або ділова етика, інтерпретує етичні норми з метою створення спрямовуючого контенту, специфічного для контексту. Проте, навіть у межах конкретної галузі прикладної етики норми етики можуть і мають бути додатково уточнені, щоб забезпечити керівництво для конкретних дисциплін чи умов. «Спеціалізації» біоетики, такі як дослідна етика, клінічна етика та етика суспільної охорони здоров'я є прикладами прогресивної специфікації. Експерименти на тваринах фундаментальні для біомедичних наук, тому розробка нових лікарських препаратів завжди пов'язана з проведенням досить великого обсягу доклінічних досліджень на тваринах. Отримані дані дозволяють прогнозувати ефективність та безпеку лікарських засобів для людини. Розробка нових лікарських засобів завжди пов'язана з проведенням експериментів на тваринах. За підрахунками біологів, на цей час описано понад 1200000 видів тварин. Однак 97% всіх тварин, що використовуються для цілей медико-біологічних досліджень, належать лише до 9 видів. У порядку зменшення частоти застосування вони класифікуються наступним чином: миші, щури, хом'яки, морські свинки, кролики, кішки, собаки, мавпи, кури. Щорічно у світі в дослідницьких, освітніх та виробничих цілях використовується понад 100 мільйонів піддослідних тварин; 65% їх використовується фармакологами під час створення лікарських засобів. Головна етична вимога випробувань лікарських препаратів на людині – те, що нові речовини не повинні використовуватися вперше на людях, якщо попередні тестування на тваринах не дали підстав для припущення про їх нешкідливість. Етичні проблеми експериментування на тваринах, що випливають з цього, є результатом конфлікту між прагненням зрозуміти вищезгадані людські цінності, з одного боку, та етичними принципами поваги життя та утримання від дій, що завдають біль, страждання, з іншого боку розглядається актуальність проблеми необґрунтовано завищеної кількості експериментальних тварин при проведенні доклінічних досліджень лікарських препаратів, а також можливі методи модернізації наявних методик визначення гострої та підгострої токсичності лікарських речовин з метою мінімізації часу дослідження, а також кількості задіяних у ньому живих істот.

## СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКЕ ПРОГНОЗУВАННЯ МАЙБУТНЬОГО ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ

*Білай Іван Михайлович,  
доктор медичних наук, професор,  
завідувач кафедри клінічної фармації, фармакотерапії,  
фармакогнозії та фармацевтичної хімії,  
Запорізький державний медичний університет*

В останні десятиліття в медицині був основний термін «фармацевтична опіка». Спочатку в 90-ті роки минулого століття студенти фармацевтичного факультету почали вивчати нову дисципліну клінічну фармацію, яка була покликана збагатити знаннями про практичне застосування лікарських засобів, оснований на теоретичних і практичних принципах вибору лікарських засобів в конкретній клінічній ситуації. Так з'явилася нова спеціальність «клінічний провізор/фармацевт». Одним із розділів клінічної фармації, яка вивчала фармакодинаміку, фармакокінетику, побічні реакції, взаємодію лікарських засобів, контроль критеріїв ефективності та безпечності фармакотерапії, є фармацевтична опіка. І це було пов'язано зі збільшенням на фармацевтичному ринку України до 20 000-24 000 зареєстрованих лікарських засобів. До прикладу в Казахстані зареєстровано зараз 30 000-40 000 лікарських засобів, які активно застосовуються лікарями. За останнє десятиліття кількість лікарських засобів невпинно збільшується. У зв'язку з цим, збільшується потреба в застосуванні безрецептурних лікарських препаратів – ОТС – засобів (over the counter). Ці засоби пройшли тривалі клінічні дослідження та призначаються широко в останні роки в Україні. На українському фармацевтичному ринку таких засобів – близько 30%. Це середня цифра по світовим стандартам. Наприклад, в США таких засобів 31%, в Іспанії 11%, Японії 17%, країнах Східної Європи – 45%.

Сутність застосування безрецептурних ліків показує можливість самостійного прийому їх без допомоги лікарів, тобто під відповідальність пацієнта, який сам виявляє у себе симптоми захворювання та може самостійно призначати собі лікарські препарати. Сучасні пацієнти грамотні, не хочуть витрачати час на відвідини лікаря в поліклініках. До того ж платні послуги в приватних клініках не завжди можуть дозволити більшість хворих, більшу частку яких становлять літні люди, а це призводить до самолікування. В 1994 році Європейська асоціація виробників безрецептурних засобів (AESGP) ввела новий термін «відповідальне самолікування». Основою цієї концепції стало збільшити позитивні фактори для населення доступних та недорогих послуг. Філософія цього аспекту базується на широкому поданні інформації лікарям, провізорам/фармацевтам, населенню про підходи до відповідального самолікування, розробка правил та нормативів для безрецептурних ліків, що може скоротити матеріальні затрати на охорону здоров'я, що також покращить якість життя пацієнтів. За такої умови в Україні набула стратегічного розвитку концепція «фокус на пацієнта». За цих обставин значно збільшується роль провізора/фармацевта, який має проводити фармацевтичну опіку, основу на якісній допомозі пацієнту. Провізор/фармацевт повинен з'ясувати, які основні симптоми захворювання у хворого, чи є «загрозливі» симптоми, що вимагають швидкої консультації лікарів. Важливим є те, що провізор/фармацевт повинен порекомендувати той чи інший лікарський засіб, лікарську форму препарату, повідомити про можливу побічну реакцію ліків, взаємодію лікарських засобів з їжею та іншими препаратами. В аптеку до провізора/фармацевта часто звертаються пацієнти з кількома рецептами від різних лікарів, тому необхідно визначити, яка можлива несумісність лікарських засобів може бути. У випадку фармацевтичної, фармакодинамічної або фармакокінетичної несумісності лікарських засобів, провізор/фармацевт направляє пацієнта до сімейного лікаря з метою корекції фармакотерапії, заміни ліків на інші.

Філософія проведення фармацевтичної опіки для лікування хворих – це не конфронтація стосунків між провізором/фармацевтом та лікарем з метою визначення уваги пацієнта до пріоритету конкретизації призначеної фармакотерапії. Провізор/фармацевт повинен допомагати лікареві, адже з новими ліками лікарі не завжди працюють, вони просто їх можуть не знати. З деонтологічної точки зору використання довідника в присутності пацієнта не завжди добре сприймається пацієнтами. Але лікар може вказати правильну дозу, а це негірший варіант, хоча відкритий довідник чи навчальний посібник на столі у медичного спеціаліста може викликати підозру у пацієнта в компетентності лікаря. Також важливе питання – це активне лобювання лікарських засобів фармацевтичних компаній для участі лікаря в продажі ліків. Провізор/фармацевт повинен допомагати лікарю у виборі рецептурних лікарських засобів, лікарської форми, дози, режиму прийому. Багато лікарів плутаються в назвах ліків. Наприклад,

деякі нестероїдні протизапальні лікарські засоби існують у 8-10 лікарських формах, а торгових назв ліків, діючих речовин, які їх містять, на вітчизняному ринку нараховується більше ніж 70-80. Водночас у лікарів є стереотипи, коли вони виписують лікарські засоби, які знають. У кожного лікаря в арсеналі зазвичай 60-70 препаратів, а в аптеці їх 3000-5000 найменувань. Недостатньо уваги приділяють лікарі правилам прийому ліків. Відомо, що сульфаніламиди треба запивати лужною водою, призначати в ударній дозі, а потім переходити на підтримуючу.

Філософія фармацевтичної опіки по відношенню до лікарів закладається в тому, що вони формують номенклатуру ліків, що може підвищувати прибутки фармацевтичної промисловості. До того ж проведення фармацевтичної опіки зменшує навантаження на лікарські установи, але можливе не своєчасне звернення пацієнтів до лікарів. Тому професійне та раціональне проведення фармацевтичної опіки має допомогти перш за все хворим.

Таким чином, фармацевтична опіка – це комплексна взаємодія провізора/фармацевта та хворого, провізора/фармацевта та лікаря протягом проведення фармакотерапії від початку прийому, відпуску лікарського засобу до закінчення лікування. Соціально-філософське прогнозування майбутнього фармацевтичної опіки – це невід’ємна частина професійної підготовки спеціалістів, які повинні брати відповідальність перед конкретним хворим за ефективне та безпечне лікування та зменшення навантаження на медичні установи.

### **ФІЛОСОФІЯ МЕДИЦИНИ У НІМЕЧЧИНІ: ТРАДИЦІЇ ТА СУЧАСНІСТЬ**

*Абашнік Володимир Олексійович,  
д.філос.н., професор, професор кафедри філософії,  
Харківський національний медичний університет*

Філософія медицини в Німеччині має досить давні традиції, у цьому сенсі досить згадати видатного філософа Г.В. Ляйбніца, який займався дослідженнями на межі філософії та медицини [1]. Нові пошуки у сфері філософії медицини відбувалися на початку 19-го століття, коли німецькі медики під впливом натурфілософії Ф.В.Й. Шеллінга займалися питаннями взаємозв’язків філософії та медицини. Серед таких науковців слід назвати відомого професора медицини Гайдельберзького університету Франца Йозефа Шельвера (Franz Joseph Schelver, 1778–1832), який у 1809 р. оприлюднив свою книгу «Філософія медицини» [6]. Ці та інші вчені виказали широкі впливи на розвиток філософії медицини у Німеччині у 19-му та 20-му сторіччях.

Серед німецьких публікацій щодо філософії медицини останніх років можна вказати на збірку «Філософія медицини» (2021), яка вийшла під редакцією професорки в університеті Хаген, Орсольт Фрідріх (нім. Orsolya Friedrich, нар. в 1977 р.) та професорки в університеті Кіль, Клаудії Боццаро (нім. Claudia Bozzaro, нар. в 1980 р.). Тут представлені 19 статей різних авторів, котрі окреслюють широкі аспекти філософії медицини, серед яких можна згадати наступні: «Філософія медицини – рефлексії та імпульси із філософії для медицини», «Аристотель та медицина», «Філософські роздуми щодо страждань в медицині та заради медицини», «Філософія піклування як внесок до філософії медицини» та інші [5].

Також із новітніх німецьких робіт з філософії медицини слід вказати на працю «Філософія медицини» (2022) професора філософії Вюрцбурзького університету Йоганна-Генріха Кьонігсгаузена (Johann-Heinrich Königshausen, нар. в 1951 р.). У своїй праці автор спочатку у невеличкому параграфі розглядає питання «Функція картини людини щодо лікарської діяльності», а потім в чотирьох основних частинах аналізує особливості наступних питань: «Щодо лікарської діяльності», «Щодо поняття (гуманної, людської) медицини», «Щодо медійної теорії», «Основні поняття в контексті медицини». Зокрема, в останній частині німецький науковець досить детально аналізує поняття «людської гідності» у медичному контексті [3, S. 111–120].

На початку 21-го століття філософія медицини отримує нові імпульси в своєму розвитку у Німеччині. Тепер не лише науковці оприлюднюють свої роздуми щодо взаємозв’язків між філософією та медициною, але філософія медицини стає навчальною дисципліною у різних вищих навчальних закладах Німеччини. У якості останніх прикладів можна згадати семінарський курс під назвою «Вступ до філософії медицини» (нім. Einführung in die Philosophie der Medizin), який був проведений у Технічному університеті Берліну у зимовому семестрі 2019/2020 рр. Керівник цього курсу професор Торстен У. Кампен (нім. Thorsten U. Kampen) серед головних питань зробив акцент на таких, як «...епістемологічний статус медицини, її стосунки з етикою, відношення лікар-пацієнт, понятійна пара «здоров’я -хвороба»...» [2].



Курс «Філософія медицини» також читається для студентів медичного факультету Ульмського університету. Його автор, професор психосоматичної медицини та психотерапії Хуан-Вальдес Штаубер (нім. Juan Valdés-Stauber) наголошує, що «...філософію медицини не слід урівнювати з філософією інших позитивних наук, оскільки, коли мова йде про філософію медицини, то річ йде про те, що слід дискутувати по-філософськи стосовно того, що саме є специфічно лікарською справою, – тобто коли займаються медициною й саме в різних формах: досліджуючи, з літературної точки зору, лікуючи, надаючи реабілітацію, паліативно, з точки зору політики здоров'я, духовності тощо» [4].

При цьому німецький професор розподіляє 28 годин свого курсу «Філософія медицини» на наступні 4 розділи (або категорії): А) «Основи філософії медицини», В) «Участь медицини разом з іншими сферами знання з філософської точки зору», С) «Науково-теоретичні сфери», D) «Виклики для молодих лікарів» [4]. Перший розділ присвячений аналізу таких питань, як: Що таке філософія медицини? Джерела філософії медицини. Основи філософії медицини. У другому розділі в центрі уваги перебувають три комплекси питань: 1) антропологія, 2) етика, 3) соціологія. Третій розділ також охоплює три проблеми: 1) медична онтологія, 2) медична теорія пізнання, 3) логіка медичного дослідження. Четвертий розділ включає проблематику актуальних викликів, з якими стикаються молоді лікарі.

В якості головного висновку можна констатувати, що сучасна філософія медицини в Німеччині, з одного боку, опирається на попередні наукові традиції (Ляйбніц, Шельвер, Ясперс та ін.), з іншого боку, на початку 21-го століття вона вже має певний інституціоналізований статус в якості навчальної дисципліни, в межах якої вивчаються її історичні та актуальні аспекти.

Список використаних джерел

1. Busche H., Fuchs Th. Zwei Philosophen der Medizin – Leibniz und Jaspers. Berlin: Springer, 2017. 44 S.
2. Einführung in die Philosophie der Medizin. Електронний доступ: <https://moseskonto.tu-berlin.de/moses/verzeichnis/veranstaltungen/veranstaltung.html?kalenderveranstaltung=60640&startdate=2019-10-14&enddate=2020-02-15&dateforweek=2019-10-14>
3. Königshausen J.-H. Philosophie der Medizin. Kleine Vorträge zur Systematik. Würzburg: Königshausen&Neumann, 2022. 173 S.
4. Lehre Philosophie der Medizin an der Uni Ulm. Електронний доступ: <https://www.uniklinik-ulm.de/psychiatrie-und-psychotherapie-i/forschung-studien/ag-psychosomatik/lehre-philosophie-der-medizin-an-der-uni-ulm.html>
5. Philosophie der Medizin. Hg. von Orsolya Friedrich, Claudia Bozzaro. Paderborn: Brill mentis, 2021. VI, 442 S.
6. Schelver F.I. Philosophie der Medizin. Frankfurt am Main: in der Andreäischen Buchhandlung, 1809. VI, 154 S.

## ПАРАДИГМА НООСФЕРНОЇ МЕДИЦИНИ

*Білокопитова Ніна Іванівна,  
к.філос.н., незалежна дослідниця*

Філософія активно допомагає медикам на відомі їм речі дивитися інакше, бачити невидиме, тобто розуміти внутрішній зміст предметів і явищ. «Досліджувати в медицині», – вважав канадський патофізіолог та ендокринолог Ганс Сельє, – це бачити те, що бачать усі, але думати так, як не думає ніхто».

Даною здатністю медицина завдячує філософії, що забезпечила її спеціальним (предметно-понятійним) методом клінічного мислення. Розвиватися повноцінно вони могли лише разом. У них один об'єкт пізнання (людина) і той самий практичний інтерес - стан здорового способу життя як результату дії багатьох суб'єктивних та об'єктивних факторів.

Без медичних та філософських знань сьогодні в принципі не можуть нормально функціонувати та вдосконалюватися такі суспільні сфери життя, як економіка та політика, система освіти та спорт, культура тощо. Медичне знання є сполучною ланкою між культурою, людиною та її життєдіяльністю.

Медицина вчить звужувати центр своєї уваги (як, наприклад, у навчанні професіоналів) і в результаті, незважаючи на всю глибину знань, виникає помітна небезпека бути обмеженою в одній точці зору. Винятковий акцент на біль пацієнта може відвернути увагу від страждань пацієнта, які не пов'язані з болем. «Здатність швидко і легко за необхідності змінювати погляди, бачити іншими

очима є цінним клінічним умінням» [3, с.25-39]. Таку можливість, на думку Деннера Клоузера, здатні сформуванати гуманітарні науки в медицині.

Проблема пізнання людини у всіх її іпостасях є найактуальнішою як у філософії, так і в сучасних науках: природничих, суспільних та гуманітарних. Антропоцентризм, будучи системою світорозуміння, «судить» про саму людину як про найбільш досконалий продукт природи, пізнання якого веде до розуміння всіх таємниць Всесвіту і до розуміння причин його буття.

Принципово новий підхід експлікації нормативного сенсу біоетики запропонував молдавський учений Т.Н. Цырдя [2, с. 5–11]. Він вважає, що «виникнення та формування концепту соціальної біоетики, який визначається поширенням та впровадженням у соціосферу біоетичних принципів, норм і правил та одночасно впливом соціосередовища на їх прояв, є результатом сучасного технологічного повороту в галузі етичного знання (етичного мислення) та появою в суспільстві уявлень про планетарний характер морального досвіду, необхідного у становленні ноосферної свідомості, ноосферного інтелекту та ноосферного менталітету, без чого неможливе формування ноосферної цивілізації». Таким чином, виділення нормативного контексту у вигляді соціобіоетики дозволяє показати його зв'язок з філософською концепцією, але вже не з філософською антропологією, а з теорією ноосфери.

Сучасна філософія впритул підійшла до вироблення принципово нової парадигми світосприйняття і світогляду людини на основі переоцінки функцій людського розуму, її творчого потенціалу, а також певної «людиновимірності» Всесвіту. Філософський антропоцентризм перетворюється нині на якийсь початок планетарного мислення майбутнього людства – ноосферність.

Ноосферна цивілізація – це нова якість діяльності та життя людства на засадах гармонійних відносин з природою, гуманістичних наукових, духовно-культурних і технологічних інновацій, консенсусу і всесвітньої консолідації задля подолання глобальних проблем і війн в ім'я гідного розвитку й самореалізації людини [1, с. 203].

Поєнання ноосферної медицини та ноосферної освіти має на увазі під собою якусь спільну діяльність, у зв'язку з чим кінцевим продуктом взаємодії ноосферної медицини та ноосферної освіти може стати формування простору ноосферного здоров'я, в якому сама людина з об'єкта дослідження традиційною медициною та педагогікою стає активним учасником і будівельником як власного здоров'я, і власного рівня освіти, використовуючи невичерпні знання ноосфери, шлях яких лежить через пізнання власного Серця, не як чогось абстрактного, а цілком конкретної анатомічної освіти, наділеної розумом, який є конгруентним з універсальними законами світу.

Список використаних джерел

1. Пирожков С.І., Хамітов Н.В. Цивілізаційна суб'єктність України: від потенцій до нового світогляду і буття людини. Київ : Наукова думка, 2020. С. 203.
2. Цырдя Т.Н. Статус, предмет и проблемное поле социальной биоэтики: методологический анализ. *Биоэтика*. 2012. № 1. С. 5–11.
3. Danner K. Clouser. Humanities in the Service of Medicine: Three Models. / *Philosophy of medicine and bioethics. A Twenty-year retrospective and critical appraisal. Kluwer Academic Publishers, New York, Boston, Dordrecht, London 2002. Vol. 50. P. 25–39.*

## **РОЗГЛЯД ПРОБЛЕМИ ЗАБРУДНЕННЯ АТМОСФЕРНОГО ПОВІТРЯ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ НОВОЇ ПАРАДИГМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

*Волкова Юлія Володимирівна,  
асистент кафедри загальної гігієни  
медичної екології та профілактичної медицини,  
Запорізький державний медичний університет  
Науковий керівник -  
Утюж Ірина Геннадіївна,  
професор, д.філос.н., завідувач кафедри суспільних дисциплін*

**Анотація.** Стаття присвячена висвітленню питання реалізації принципів медицини «4Р» у практичній діяльності фахівців з вивчення та аналізу впливу забрудненого атмосферного повітря на стан здоров'я населення.

Так додержання принципу предиктивності дозволяє встановити не лише фактори ризику (пріоритетні забруднюючі речовини), а й групи ризику серед населення. Принцип профілактичності полягає у розробці системи заходів щодо мінімізації негативного впливу аерополітантів на здоров'я, а відповідно збереження здоров'я як на індивідуальному, так і популяційному рівнях, й недопущення розвитку патології. Персоніфікованість, тобто

індивідуальний підхід до контролю за здоров'ям, полягає у наданні науково обґрунтованих рекомендацій, конкретних настанов, в першу чергу, щодо способу життя та профілактичних заходів щодо недопущення розвитку захворювань серед пацієнтів. Партисипативність – залучення пацієнта до активної участі у справі збереження та зміцнення його здоров'я. Для реалізації цього принципу фахівці мають своєчасно надавати достовірні відомості щодо якості повітря, індексу його забруднення, рівнів ризику розвитку патології. Адже така інформація потенціює активні дії самого пацієнта.

Таким чином, впровадження нової парадигми охорони здоров'я орієнтує суспільство на більше широке впровадження превентивних заходів. А в цьому аспекті аналіз впливу стану забруднення атмосферного повітря на стан здоров'я населення є безперечно актуальним.

**Ключові слова:** медицина 4P, предиктивність, профілактичність, персоніфікованість, партисипативність, забруднення атмосферного повітря.

**Abstract.** The article is dedicated to elucidating the issue of implementation of the principles of "4R" medicine in the practical activities of specialists in the study and analysis of the influence of polluted atmospheric air on the state of the population's health.

Thus, compliance with the principle of predictability makes it possible to establish not only risk factors (priority pollutants), but also risk groups among the population. The principle of prevention consists in the development of a system of measures to minimize the negative impact of air pollutants on health, and accordingly, the preservation of health both at the individual and population levels, and the prevention of the development of pathology. Personalization, that is, an individual approach to health control, consists in providing scientifically based recommendations, specific attitudes, first of all, in terms of lifestyle and preventive measures to prevent the development of diseases among patients. Participation is the involvement of the patient in active participation in the preservation and strengthening of his health. In order to implement this principle, experts must promptly provide reliable information about air quality, its pollution index, and risk levels for the development of pathology. After all, such information potentiates the active actions of the patient himself.

Thus, the introduction of a new healthcare paradigm orients society to a wider introduction of preventive measures. And in this aspect, the analysis of the influence of the state of atmospheric air pollution on the state of health of the population is undeniably relevant.

**Keywords:** medicine 4P, predictiveness, preventive action, personalization, participativeness, air pollution.

Стан і проблеми здоров'я населення в світі постійно аналізуються та висвітлюються. У ХХІ столітті в Україні, як і в більшості європейських країн, поширеність хронічних неінфекційних захворювань є пріоритетною проблемою громадського здоров'я, яка негативно позначається на медико-демографічній ситуації, обумовлює значні рівні захворюваності, інвалідності, смертності, невисоку якість і коротку тривалість життя.

За офіційними даними, на хронічну патологію в Україні нині страждають до 60 % дорослого та майже 20 % дитячого населення. А загальна смертність населення та смертність від окремих причин в Україні вдвічі перевищує відповідні показники країн Європейського Союзу [1].

Тому вивчення та аналіз факторів, що впливають на стан здоров'я населення, безумовно є необхідним. Адже значно легше не допустити захворювання, ніж потім його лікувати.

Так видатний хірург Н. І. Пирогов ще в ХІХ сторіччі стверджував: «Майбутнє належить медицині профілактичній».

Лерой Едвард Худ – американський вчений, запропонував концепцію чотирьох основних складових медицини (медицина предиктивна, превентивна персоніфікована та партисипативна) [2], на яких базується сучасна (доказова) медицина.

Предиктивність – це оцінювання ймовірності (виявлення факторів ризику) розвитку тієї чи іншої патології в конкретної особи.

Профілактичність (превентивність) – це принцип, який передбачає систему заходів, що дають можливість мінімізувати та контролювати ризики для розвитку захворювань.

Наразі цей принцип дуже широко використовується в медицині найрозвиненіших країн світу, а інвестиції в цей напрям визнано найефективнішими серед усіх вкладень в індустрію здоров'я. Бо світ навчився рахувати співвідношення між витратами і результатами й не економить на профілактиці [3].

Персоніфікованість – це індивідуальний підхід до кожної людини. Цей принцип передбачає ідентифікацію індивідуальних особливостей розвитку захворювання, створення унікального паспорта людини і на їх основі – «індивідуалізацію» лікувального процесу.

Ще одним основоположним принципом медицини «4P» є партисипативність. Це означає участь пацієнта в прийнятті медичних рішень, тісну співпрацю з медиками та всіма учасниками діагностично-лікувального процесу.

Партисипативність – принцип, за яким лікар обов'язково має надати пацієнту інформацію щодо природного перебігу хвороби, ймовірних ускладнень та сучасних методів лікування, при цьому також зазначається інформація щодо ефективності та неефективності тих чи інших препаратів із погляду сучасної (доказової) медицини. А пацієнт на основі отриманої інформації бере активну участь у виборі тактики лікування. Таким чином, передбачається партнерство та широка співпраця різних лікарів-фахівців та самого пацієнта, який перетворюється з об'єкта лікування на повноцінного учасника цього процесу. Ця зв'язка дає лікарю можливість прийняти зважене рішення та призначити оптимальну схему терапії відповідно до вподобань і потреб пацієнта з урахуванням конкретної клінічної ситуації. А у свідомості людини створюється стійка мотивація ведення здорового способу життя і постійного моніторингу власного здоров'я [4].

Впровадження принципів медицини «4P» у практику дозволяє успішно здійснювати професійну діяльність у будь-якій галузі медицини. Так на прикладі вивчення та аналізу впливу забрудненого атмосферного повітря на стан здоров'я населення можна в цьому впевнитися.

Перш за все, слід зазначити, що за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), внесок факторів навколишнього середовища у формування стану здоров'я становить 17–25%, проте в промислових мегаполісах цей показник може бути більшим. А серед усіх об'єктів довкілля, забруднення повітря є однією з найважливіших детермінант здоров'я. Оскільки 7 мільйонів випадків передчасної смерті щорічно пов'язують із забрудненням повітря. При цьому серед основних причин смерті 34% складає ішемічна хвороба серця, 21% – пневмонія, 20% – інсульт, 19% – хронічне обструктивне захворювання легень, 7% – рак легень [5]. Особливе занепокоєння викликає вплив аерополітантів на дитячий організм. Встановлено, що лише у 2016 році забруднення повітря стало причиною 543 тисяч випадків смертей серед дітей молодших за 5 років та 52 тисяч – серед дітей 5–15 років [6].

Зрозуміло, що більшість випадків передчасних смертей спостерігаються серед людей, які мають або певні анатомо-фізіологічні особливості, або сформовану патологію, що підвищує ризик виникнення негативних ефектів під впливом аерополітантів. Таким чином, включення даної категорії населення до групи ризику дозволить спрогнозувати можливість виникнення захворювання з урахуванням вивчення цих індивідуальних особливостей кожної людини. Але особливу увагу слід приділити дитячому населенню. Бо відомо, що у дітей при народженні морфологічна будова органів дихання ще недосконала, з чим пов'язані й функціональні особливості дихання. Відповідно діти до 7 років надзвичайно чутливі до будь-яких подразників, що й призводить до більшої кількості випадків захворювань в порівнянні з підлітками та дорослими.

Факторами ризику в даному випадку є забруднюючі сполуки. Сьогодні забруднення атмосферного повітря – це високо мінлива, складна суміш різних речовин, які можуть знаходитися в газоподібному, рідкому або твердому стані. Серед загальної маси аерополітантів зважені тверді частинки (PM), озон (O<sub>3</sub>), двоокис азоту (NO<sub>2</sub>), двоокис сірки (SO<sub>2</sub>), окис вуглецю (CO) та леткі органічні сполуки (ЛОС) були визначені як найбільш небезпечні з точки зору наслідків для здоров'я [5; 7; 8; 9].

Доведено, що найсерйозніші наслідки для здоров'я людини викликають тверді часточки – пил [5–12], а саме часточки дрібних фракцій – розмірами меншими за 10 мкм (PM<sub>10</sub>) та 2,5 мкм (PM<sub>2,5</sub>). Небезпека цих речовин зумовлена тими органічними і неорганічними речовинами, що входять до їх складу, здатністю адсорбувати на своїй поверхні різні мікроорганізми і алергени, та звичайно розмірами. Такі розміри дозволяють їм довгий час залишатися в атмосфері, розповсюджуватися на великі відстані та проникати до нижніх відділів дихальних шляхів, потрапляти в альвеоли, де перешкоджати газообміну [5; 10–13]. А PM<sub>2,5</sub> ще й здатні долати аерогематичний бар'єр у легенях та потрапляти у кровоносну систему. Тому хронічний вплив зважених часток посилює ризик розвитку серцево-судинних та респіраторних захворювань, а також раку легень.

А у 2013 р. Міжнародне агентство ВООЗ з вивчення раку (IARC) дійшло висновку про те, що забруднення повітря зваженими частками найбільше асоціюється з підвищеною захворюваністю на онкологічні захворювання, особливо на рак легень.

Отже, принцип предиктивності дозволив встановити фактори й групи ризику. Переходимо до наступної складової медицини «4P» - профілактичність.

Слід розрізняти первинну, вторинну та третинну профілактику.

Первинна профілактика проводиться серед здорових осіб і спрямована на недопущення виникнення захворювання як такого. Вторинна профілактика проводиться серед пацієнтів з визначеним клінічним діагнозом. Її метою є запобігання прогресуванню, хронізації захворювання та виникненню ускладнень. Третинна профілактика проводиться в разі розвитку незворотних ускладнень захворювань. У цьому випадку всі заходи спрямовані на реабілітацію хворих, що втратили можливість повноцінної життєдіяльності (Fletcher R.H. et al., 2012).

Зрозуміло, що повноцінну первинну профілактику можливо забезпечити лише за умови об'єднання зусиль держави, медичних працівників, науковців та, звичайно, і кожної людини. Проте найбільшу відповідальність має брати на себе керівництво держави, бо саме воно може забезпечити таке об'єднання й створити умови для цього на найвищому рівні. А всі інші мають стати рівноправними партнерами у справі забезпечення громадського здоров'я і здоров'я кожної людини зокрема.

Для створення системи профілактичних заходів щодо мінімізації негативного впливу атмосферних забруднювачів на здоров'я вкрай необхідно мати якісні дані про вміст забруднюючих речовин та особливості атмосферного забруднення. Отримання таких даних можливе лише за умови постійно діючого державного моніторингу. Наразі моніторинг якості повітря ведеться у понад 6000 міст у 117 країнах, проте в Україні державним моніторингом не охоплює всі забруднюючі речовини. Так, наприклад, моніторинг вмісту зважених твердих часток і досі проводиться без врахування поділу на фракції, а вміст озону не визначається зовсім, бо для цього просто немає необхідного обладнання на постах українського гідрометеорологічного центру.

Тому проведення гігієнічних досліджень вмісту забруднюючих речовин безперечно є необхідною умовою для оцінки якості повітря, а відповідно, й розроблення превентивних заходів. Так, фахівці ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМНУ» протягом багатьох років проводять такі дослідження, створюють методичні рекомендації, патенти, інформаційні листи, в яких обґрунтовують заходи первинної профілактики. Багаторічні дослідження науковців нашої кафедри переконливо доводять, що наявність у атмосферному повітрі міста Запоріжжя викидів одночасно пилу, фенолу, формальдегіду, діоксиду та діоксиду азоту та інших речовин, які навіть при невеликих концентраціях чинять комбінований несприятливий вплив на організм людини та несуть реальну загрозу здоров'ю населенню міста. Також нами проводиться дослідження вмісту дрібнодисперсних фракцій пилу. Встановлені нами концентрації та особливості розподілу цих сполук дозволили нам розробити систему заходів щодо зниження ризику для здоров'я населення від впливу зважених твердих часток дрібнодисперсних фракцій (інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 119-2019. К.: «Укрмедпатентінформ». 2019. 5 с.). Наразі в нашому місті робочою групою розробляється програма природоохоронних заходів, у якій враховані і наші пропозиції.

Отже, дотримання цього принципу дозволяє прогнозувати можливі захворювання і впроваджувати нові підходи щодо запобігання хворобі, поки людина ще здорова.

Персоніфікованість – індивідуальний підхід до контролю за здоров'ям пацієнта. З позицій превентивної медицини, тут йдеться про надання науково обґрунтованих рекомендацій, конкретних настанов, в першу чергу, щодо способу життя та профілактичних заходів щодо недопущення розвитку захворювань серед пацієнтів. Дотримання даного принципу можливе за умови взаємодії фахівців, науковців та лікарів загальної практики – сімейних лікарів. Так, дослідники проводять аналіз якості атмосферного повітря, вивчають вплив забруднюючих компонентів, розробляють систему превентивних заходів і надають дану інформацію лікарям. Які, у свою чергу, застосовують ці заходи при роботі з пацієнтами. І тут слід не забувати й про пропаганду здорового способу життя серед пацієнтів та й населення в цілому. Бо зрозуміло, що чим здоровіший спосіб життя веде людина, тим більш здоровий та несприятливий до будь-яких шкідливих факторів її організм. Тому вкрай важливим є донесення цієї істини як на індивідуальному, та і на громадському рівнях.

І останній, але не менш важливий принцип, – партисипативність.

Він ніби є продовженням попереднього, бо без інформування пацієнта про можливі ризики, без детального пояснення основ здорового способу життя неможливо залучити пацієнта до активної участі у справі збереження та зміцнення його здоров'я. Коли людина екологічно підкована, має достовірні відомості щодо якості повітря, індексу його забруднення, рівнів ризику розвитку патології, вона може прийняти відповідні рішення. Наприклад, змінити місце мешкання

або відмовитися від шкідливих звичок, які можуть підсилити вже існуючі ризики. А найбільш свідомі мешканці можуть створювати й громадські об'єднання для посилення тиску на органи місцевого самоврядування у питаннях покращення якості повітряного середовища. І в нашому місті такі об'єднання не просто існують, вони навіть організували мережу громадського моніторингу якості повітря, яка працює в онлайн. І наразі вже аналізують за допомогою фахівців результати, які отримали.

Таким чином, впровадження нової парадигми охорони здоров'я орієнтує суспільство на більше широке впровадження превентивних заходів. А в цьому аспекті аналіз впливу стану забруднення атмосферного повітря на стан здоров'я населення, особливо в таких промислових містах, як Запоріжжя, набуває ще більшої актуальності.

#### Список літератури

1. Концепція загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80> (дата звернення 30.01.2023).

2. Hood L., Galas D. P4 Medicine: Personalized, Predictive, Preventive, Participatory: A Change of View that Changes Everything: A white paper prepared for the Computing Community Consortium committee of the Computing Research Association. 2008. URL: [https://cra.org/ccp/wp-content/uploads/sites/2/2015/05/P4\\_Medicine.pdf](https://cra.org/ccp/wp-content/uploads/sites/2/2015/05/P4_Medicine.pdf) (дата звернення 30.01.2023).

3. Профілактична медицина – модне гасло чи нова парадигма охорони здоров'я? URL: <https://www.vz.kiev.ua/profilaktichna-medicina-modne-gaslo-chi-nova-paradigma-ohoroni-zdorovya/#:~> (дата звернення 03.02.2023).

4. Попович В.І. Медицина «4Р» як основа нової системи охорони здоров'я. Health-ua.com. 2019. URL: <https://health-ua.com/article/42046-meditcina-4r-yak-osnova-novo-sistemi-ohoroni-zdorovya>. (дата звернення 03.02.2023).

5. Ambient (outdoor) air pollution. World Health Organization, 2021. URL: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-\(outdoor\)-air-quality-and-health](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health) (дата звернення 30. 01.2023).

6. More than 90% of the world's children breathe toxic air every day. WHO, 2021. URL: <https://www.who.int/news/item/29-10-2018-more-than-90-of-the-worlds-children-breathe-toxic-air-every-day> (дата звернення 30. 01.2023).

7. Patton A.P. Ch. Milando, J.L. Durant, P. Kumar Assessing the Suitability of Multiple Dispersion and Land Use Regression Models for Urban Traffic-Related Ultrafine Particles. *Environmental Science and Technology*. 2016. Vol. 51(1). 384-39.

8. Air quality guidelines for Europe, 2nd edition WHO Regional Publications, European Series, No. 91. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789289013581> (дата звернення 30.01.2023).

9. Air quality guidelines – global update 2005: particulate matter, ozone, nitrogen dioxide, and sulfur dioxide. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2006. URL: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/78638/E90038.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/78638/E90038.pdf) (дата звернення 30.01.2023).

10. WHO global air quality guidelines. Particulate matter (PM2.5 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. World Health Organization, 2021. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345329/9789240034228-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення 30.01.2023).

11. Turos O., Morhulova V., Maremukha T., Petrosian A. Ambient air pollution pm10 and pm2,5 due to coal tpp. *Occupational and Environmental Medicine*. 2018. Vol. 75. P. 42.

12. Schwartz JD, Wang Y, Kloog I, Yitshak-Sade M, Dominici F, Zanobetti A. Estimating the Effects of PM2.5 on Life Expectancy Using Causal Modeling Methods. *Environ Health Perspect*. 2018. URL : [<https://ehp.niehs.nih.gov/doi/10.1289/EHP3130>] (дата звернення 30.01.2023).

13. Давиденко Г.М. Гігієнічна оцінка небезпеки здоров'ю населення від забруднення атмосферного повітря зваженими частками пилу : автореф. дис. ... канд. біол. наук: 14.02.01. Київ, 21 с.

## ФІЛОСОФІЯ ЦИФРОВОЇ МЕДИЦИНИ ЯК НОВИЙ НАУКОВИЙ НАПРЯМОК

- Воронкова Валентина Григорівна,  
д. філос. н., професор, в.о. зав. кафедри управління та адміністрування,  
Інженерний навчально-науковий інститут ім.Ю.М.Потебні  
Запорізького національного університету,  
Нікітенко Віталіна Олександрівна,  
д. філос. н., доцент, професор кафедри управління та адміністрування,  
Інженерний навчально-науковий інститут ім. Ю.М. Потебні  
Запорізького національного університету,  
Олексенко Роман Іванович,  
д. філос. н., професор кафедри менеджменту та публічного управління,  
Таврійський державний агротехнологічний університет  
імені Дмитра Моторного (м.Запоріжжя)*

Ми перебуваємо в новій епосі швидкого технологічного розвитку, яка несе нові можливості та виклики для розвитку цифрової медицини. Важливим ключем розуміння слугує філософія та гуманітарні науки, щоб зрозуміти щоб зрозуміти новий напрямок розвитку медицини та новий метод медичних досліджень та медичної практики. Світоглядною основою медицини є гносеологія. Великий вчений-медик і медичний педагог Вільям Ослер сказав, що медицина – це невизначена наука і мистецтво можливості. Медицина має великі обмеження, тому що медицина характеризується вивченням людей, а про людей є багато невідомого. Обмеження медицини полягає в обмеженні пізнання. Медицина має довгу історію і налічує тисячі років, але справжня когнітивна система була створена лише в останні кілька сотень років. Важкий шлях філософії цифрової медицини як нового наукового напрямку – це труднощі пізнання і практики. Хвороби по суті неможливо повністю перемогти людині, особливо гетерогенність пухлин; патогенні мікроорганізми, мінливість вірусів, підвищення рівня резистентності до ліків та резистентності. Від СНІДу в 1981 році до ГРВІ в 2003 році ми про них не знали нічого, проте пізніше, здавалося, ми знали про віруси все, які щороку з'являлися: H1N1, MERS, Ебола, Ніпа, Зіка, COVID-19. Ми твердо віримо, що можемо їх подолати, проте не можемо бути сліпими оптимістами, виходячи з обмежень пізнання, так як будь-яка медична діяльність здійснюється на живому тілі людини, то ризики лікування завжди існують. Будь-то діагноз (травма, неправильний діагноз), ліки (токсичність, побічні ефекти, доза, різниця в стійкості до ліків, алергія), хірургічне втручання (анестезія, кровотеча, травма та інфекція). Ось чому мудреці попереджали нас «ходити по тонкому льоду так, ніби ти стоїш перед прірвою» [1].

Медичне лікування, очевидно, не завжди означає лікування хвороби, а більший акцент на співчутті та турботі. Це відомий вислів: іноді воно лікує, часто допомагає, але завжди піклується та втішає. Основою пізнання медицини є філософія, а філософія керує тим, як медицина практикується та розвивається. Саме тому, що філософія виникла з медицини, а медицина відступила від філософії. За останні десять-двадцять років, з розвитком науки і техніки та прогресом медицини з'явилися нові концепції та ідеї в медицині, в академічному колі – низка нових ідей або нових концепцій, термінів і формулювань, таких як: медицина, що ґрунтується на доказах, медицина трансляції, медицина цінностей, цифрова медицина, нарративна медицина; паліативна медицина, оборонна медицина, інтегративна медицина, прецизійна медицина, інтелектуальна медицина тощо. Слід сказати, що медична концепція повинна мати свій позитивний і прогресивний ефект. Так, доказова медицина підкреслює, що надійні докази є основою діагностики та лікування; трансляційна медицина наголошує на поєднанні та взаємному перетворенні клінічного в експериментальне та експериментального в клінічне; прецизійна медицина наголошує на використанні сучасних експериментальних методів для виявлення причини хвороби; інтегративна медицина наголошує на цілісному, систематичному та комплексному спостереженні, аналізі та лікуванні клінічних проблем, мета лікування на генному рівні - індивідуальна класифікація та лікування. Оскільки цифрова медицина та інтелектуальна медицина базуються на великих даних, хмарні обчислення, інформатизація та створення мереж застосовуються до медичних досліджень і клінічної практики. Але коли ми представляємо, пропагуємо та застосовуємо ці концепції, ми не повинні ігнорувати такі три моменти. По-перше, можна сказати, що різні «ліки», згадані вище, є методами мислення та епістемології. По-друге, нова концепція, включаючи саме формулювання, є хибною та необ'єктивною. Наприклад, ми наголошуємо на важливості прийняття медичних рішень на основі доказів, але доказів ще немає.

Прийняття медичних рішень має враховувати та збалансовувати докази, ресурси, ціннісну орієнтацію та багато інших факторів і навіть включати соціальні, економічні, етичні та гуманістичні впливи. Коли доказів досліджень не існує (це часто зустрічається), клінічний досвід є єдиним і найкращим доказом, на який може спиратися практика та прийняття рішень (наприклад, рідкісні захворювання). По-третє, деякі нові поняття не є новими по суті, мають «вроджені дефекти» у філософському сенсі. Сучасна криза та упереджений розвиток медицини має місце, так як знання нескінченно можливі, технологія нескінченно можлива, точність нескінченно можлива, людина нескінченно можлива. По-перше, швидкий розвиток сучасної науки і техніки сприяв прогресу медичних технологій і навіть змінив концепцію медичного мислення, технічних шляхів і методів впровадження. Покращуючи рівень діагностики та лікування, він також може розмити картину захворювання та план реалізації. Існують також так звані «спотворені» технології, спричинені неправильним розумінням і використанням або зловживанням новими концепціями та новими технологіями; технологічні спотворення, викликані немедичними факторами у товарному суспільстві. По-друге, «технологічна перевага», «теорія лише технології», «теорія лише числа» чи «технічна економія» зробили «медичну технологію» синонімом лікування, сформувавши стрімку та утилітарну медицину. Проблема, яка була виявлена, полягає в надмірній діагностиці та надмірному лікуванні, ігноруванні обмежень і упереджень пізнання та практики, ігноруванні всебічного впливу та ролі багатьох факторів, ігноруванні недоліків методів мислення та філософських концепцій, дотримання цифр і механічного копіювання. По-третє, технологічний розвиток і медичний прогрес, які відходять від філософії або відхиляються від філософських концепцій, все ще викликають занепокоєння: технологія 3D-друку поступово просувається, а роботизована хірургія з часом успішно проведе до перемоги, щоб перенести передопераційні плани на хірургічні операції та спростити хірургічні процедури, покращити мінімально інвазивну та передбачувану хірургію імплантації. Технологія 3D-друку може зробити протез, який точно відповідає фактичній анатомічній структурі пацієнта [2].

Медицина поєднує технологію 3D-друку з ортопедією, головним чином для 3D-моделювання хребта; це свого роду технологія швидкого прототипування. Ефективні сучасні методи перевірки та експериментальні процедури призведуть до втрати діалектичної єдності, і живе людське тіло в цілому може бути розділене на окремі частини на конвеєрі. Економіст Йозеф Шумпетер ще в середині минулого століття зазначив, що розвиток високих технологій спричинив «творче руйнування». Медицина – це не чиста й досконала наука, а постійно мінлива й невловима технологія знань і система свідомості, яка має сильну практичність, обмеження та ризику. Тому що її об'єктами є живі організми, люди з думками, емоціями, свідомою волею, соціальним походженням. Майбутнім світом і майбутньою медициною можуть керувати генетичні технології, штучний інтелект або роботи, що змінюють відносини між людьми і світом. Ми можемо стати гібридом біохімічних і електронних алгоритмів, крихітним чіпом у величезній електронній системі, переповненій великими даними. Ми закликаємо повернутися до витоків медицини та прагнемо досліджувати філософську мудрість, завжди крокуючи попереду пацієнтів та йти вічним шляхом істини, добра і краси в медицині. Цифрова медицина – це великий крок вперед у сфері медицини XXI століття. Розвиток вітчизняної клінічної цифрової медицини сьогодні йде повним ходом, яка вивела роботу цифрової клінічної медицини на новий рівень, що є провідною тенденцією розвитку цифрової клінічної медицини в Україні і світі. Наразі дослідження цифрової медицини в країні швидко розвивається і за ними майбутнє медицини.

Список використаних джерел

1. Воронкова В.Г., Андрюкайтене Р. Тенденції розвитку філософії медицини XXI століття у контексті зарубіжного досвіду. Збірник матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (24-25 лютого 2022 року). Запоріжжя: ЗДМУ, 2022. С.10-13.

2. Нікітенко В.О., Воронкова В.Г., Олексенко Р.І. Медицина майбутнього у контексті філософського осмислення. Збірник матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (24-25 лютого 2022 року). Запоріжжя: ЗДМУ, 2022. С.231-234.



## ФІЛОСОФІЯ МЕДИЦИНИ ЯК МЕДИЧНА ФІЛОСОФІЯ

Жадько Віталій Андрійович,  
доктор філософських наук, професор

При розгляді даної проблеми слід, очевидно, виходити з того, що зазначені поняття мають всезагальне, а не лише вузько-професійне значення й, отже, застосування. Якщо говорити про філософію, то її об'єктом є людина як мікрокосм, тотожний макрокосму. Звідси органічно випливає її визначення як матері наук. Звичайно, що суто зовнішньо не можна впізнати в людині подібність Всесвіту та його універсальність. Проте завдання пізнання в тому, щоб сформулювати методологію пізнання універсального на основі розвитку вродженої людині допитливості, трансформованої в мислення. Його сутність в тому, щоб, сприймаючи універсальну різноманітність Буття, знайти для нього спільну основу, якою є його Закони. Відкриваючи їх, людина не може не відчувати, що вона безпосередньо причетна до Універсуму. Йдеться передусім про людину-філософа, яку вражає не лише щось суто земне й дотичне до органів відчуття, а щось безкінечне в ній самій. Це і є «мислення про мислення», як визначив суть філософії Вчитель. Іншими словами, це процес «трансцендування себе в собі», яке дає можливість розуміти Буття в його універсальній сутності, не будучи безпосередньо присутнім у ньому як матеріальній і вічній безкінечності.

Отже, філософія лікує людину від хибного відчуття власної обмеженості й тимчасовості, виконуючи при цьому терапевтичну, що те ж саме в перекладі – лікувальну – функцію. Всі медичні спеціальності у своїй сукупній цілісності пізнають людський організм як модель макрокосму. Те ж саме здійснює у своєму історичному розвитку філософія, відкриваючи його закони. Тому не випадково, що філософія зародилась в античному світі одночасно з медициною, що чітко усвідомлювали й лікарі, які вважали свою діяльність специфічною формою філософської діяльності. Звідси визначення Цицероном філософії в якості медицини душі та матері *всіх* наук. Між тим Гіппократ стверджував: «Лікар – філософ; адже немає великої різниці між мудрістю й медициною». Що підтверджував і видатний філософ та природознавець античності Демокрит, заявляючи, що медицина – сестра філософії [1].

Головна секція конференції присвячена філософії медицини як інтелектуально-науковому проекту ХХІ-го століття в плані розробки ефективних теоретико-методологічних аспектів. Більш глибокому проникненню до внутрішніх сутнісно необхідних особливостей об'єктів дослідження сприяють новітні технології, які також в історії пізнання розглядаються мислителями як продовження апперцептивних можливостей органів відчуття, що водночас мають статус аналізаторів. Якщо виходити з того, що тілесна організація людини презентує матеріально-речову субстанцію Буття, то в такому разі мислення є його внутрішньою сутністю, яку воно прозирає через систему суджень, умовиводів та понять теоретичну модель об'єкта. В даному разі людини. Тому її пізнає вся сукупність природознавства, тотожного людинознавству, як і навпаки. Така єдність стала надбанням епохи Гуманізму, яка й породила титанів духу, натхненних такою єдністю. В античну епоху, якщо можна так сказати, на перший план вийшла мудра максима, згідно якої «в здоровому тілі – здоровий дух»; натомість Д. Локк у праці «Про виховання дітей» першим пунктом поставив інше формулювання: «**Здоровий дух у здоровому тілі – ось короткий, але повний опис щасливого стану в цьому світі.** Хто володіє й тим і іншим, тому залишається бажати небагато» [3, р. 10].

Звичайно, що я свідомий того, що в динамічній системі, якою є суспільне буття людини, душевна рівновага як запорука здоров'я не є домінуючою. Над ним якраз і міркує медична та філософська громадськість медичного університету в єдності з кафедрою суспільних дисциплін. Надихає її на це норма Конституції України, згідно якої: «Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю» [2, Ст.3, п.1].

Список використаних джерел

1. Жадько В. *Філософія як діалог з видатними мислителями*. Запоріжжя: ЗДМУ, 2016.
2. Конституція України від 28 червня 1996 року. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. №30.
3. Locke J. *Some Thoughts Concerning Education and Of the Conduct of the Understanding*. Indianapolis/Cambridge: Hackett Publishing Company, 1996.

## ІСТОРИКО-ФІЛОСОФСЬКИЙ АСПЕКТ СУТНОСТІ ПОНЯТТЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

*Іванова Каріна Андріївна,  
доктор філософських наук, професор,  
професор кафедри філософії та соціології,  
Савченко Альона Олександрівна,  
викладач кафедри філософії та соціології,  
Національний фармацевтичний університет, м. Харків*

Здоров'я – це цілий багатовимірний динамічний стан, який розвивається в процесі реалізації генетичного потенціалу в певному соціоекологічному середовищі і дозволяє людині різною мірою виконувати свої біологічні та соціальні функції; процес збереження і розвитку фізіологічних властивостей, психічних і соціальних можливостей; процес максимальної тривалості життя з оптимальною працездатністю та соціальною активністю. Це визначення можна вважати найбільш вдало поданим з точки зору цільових функцій будь-якого суспільства.

Платон вважав, що здоров'я – це «благо», яке сприяє духовному задоволенню людини. Крім того, він вважав, що це явище, подібне до гармонії, «коли гармонія порушується в нас, живих істотах, водночас порушується природа і виникають страждання». Таким чином, він розглядав здоров'я на основі культу краси і моралі, гармонії здорового людського тіла, який існував у давньогрецькому суспільстві. За Аристотелем, здоров'я - це гармонія, досконалі фізичні та душевні якості. Головною метою медицини філософ називав здоров'я, «ціль медицини безмежна – абсолютне здоров'я людини», а саме лікарське мистецтво спрямоване на «зміцнення здоров'я», «збереження здоров'я», а також на «яку життя, до якого це веде».

Відомий римський енциклопедист Авл Корнелій Цельс пов'язував стан здоров'я з певним кліматом, що є прямим продовженням вчення Гіппократа. У Цельса ми знаходимо передчуття наявності хвороби: хворобі передують деякі її симптоми.

Аристотель – філософський геній античності, син лікаря і сам лікар. Його концепція здоров'я викладена в його етичних творах: «Нікомахова етика», «Евдемова етика», «Велика етика». Сутність цих поглядів полягає в наступному: кожна людина володіє душею, в структурі якої виділяються пристрасті, вади і етичні засади, чесноти (мужність, величність, щедрість і т. д.).

Шлях до здоров'я не фіксований і незмінний, він змінюється в залежності від принципів світогляду. У свою чергу, ці принципи визначаються фундаментальними метафізичними та релігійними поглядами на культуру. Єдиний світогляд можливий лише в результаті розвитку людини. Він повинен містити всю цінність, яка була сформована за його історію. У наш час будь-який світогляд, яким би глибоким він не був (християнство, даосизм, буддизм тощо) обмежений. У світогляді, визначеному світовими релігіями, розкривається істина, але з певної точки зору і безумовно неповна. Незважаючи на радикальні відмінності в його нинішніх формах, тепер має бути зібрано цілісний світогляд. Потрібно знайти і відкрити те, що їх об'єднує. Спроби створити такий союз завжди сповнені конфліктів і протиріч, але не варто відмовлятися від них. Іншого шляху до єдиного світогляду та культурної свідомості людства не існує. Це не означає будівництво ще однієї Вавилонської вежі. Адже в основі має бути не гордість, а смирення перед великими ученнями античності, визнання їх істинності та безмежної цінності.

Вершиною розвитку філософії (у сфері формування особистості адепта шляхом ознайомлення зі знаннями і входження в цілком реальний спосіб життя) є споглядальний розум; центром філософії є людський розум, а третім є розум, пов'язаний зі священними церемоніями. Розвиток усіх цих начал в людині завершує піфагорійське виховання. У давнину великого значення надавали не лише збереженню здоров'я як цінності, а й вихованню здорового способу життя. Наприклад, Діоген виховав синів Ксеніада, навчив їх їздити верхи, стріляти з лука, метати стріли та інші науки. Таким чином, наголошуючи на розвитку розуму і приділяючи належну увагу гармонійному розвитку духу і тіла, спрямовуючи зусилля на здоров'я, греки, однак, не розглядали ці обидва якості як найважливіші складові людської чесноти.

Таким чином, здоров'я є багатовимірним феноменом і проявляється на індивідуальному та популяційному рівнях. Під здоров'ям індивіда розуміють динамічний стан збереження і розвитку психофізіологічних функцій людини, її оптимальної працездатності та соціальної активності протягом максимальної тривалості її життя. Популяційне здоров'я (здоров'я населення, колективне, суспільне або громадське) — процес соціально-історичного розвитку біологічної та психосоціальної життєздатності населення, яке проживає на певній території, протягом ряду поколінь, підвищення його працездатності та колективної продуктивності праці, зростання екологічного домінування та вдосконалення людини як виду. Філософія здоров'я є важливим

елементом філософсько-світоглядної складової сучасної наукової картини світу. Сформувати повноцінну філософію здоров'я означає, перш за все, визначити місце цієї нової галузі дослідження в системі наукового знання.

## **ДОСЛІДНИКИ ТВАРИН НЕСУТЬ ПСИХОЛОГІЧНИЙ ТЯГАР, ЯКИЙ МАЮТЬ РОЗГЛЯНУТИ КОМІТЕТИ З ЕТИКИ ТВАРИН**

*Коваленко Аліна Юрійвна,  
аспірант кафедри дерматовенерології та косметології  
з курсом дерматовенерології і естетичної медицини ФПО  
Науковий керівник: Утюж І.Г., д. філософ. н., професор,  
кафедра суспільних дисциплін,  
Запорізький державний медичний університет*

**Вступ:** комітети з етики тварин (КЕТ) зазвичай зосереджуються на благополуччі тварин, що використовуються в експериментах, нехтуючи потенційним впливом подібного використання на персонал лабораторії. Деякі аспекти цієї праці, зокрема вбивство тварин, можуть спричинити значне психологічне навантаження, що призводить до погіршення самопочуття лабораторних працівників, а також їх здатності доглядати за тваринами.

**Мета дослідження:** запропонувати засоби пом'якшення тягара використання тварин (ТВТ), який відчуває персонал лабораторій при виконанні жорстких маніпуляцій та досягти того, щоб КЕТ, які регулюють дослідження на тваринах, частково на основі зменшення шкоди, вимагали, щоб для дослідників ця шкода також була зменшена.

**Матеріали та методи:** основою для написання статті стали дані, надані М. Кінгом та Х. Зоні для журналу *Journal of Medical Ethics* у березні 2021 року. Нами було проведено аналіз та сформовано чіткі пропозиції для вдосконалення лабораторних досліджень над тваринами таким чином, щоб персонал лабораторій якомога менше піддавався емоційному навантаженню.

**Отримані результати:** існує потреба в додаткових дослідженнях способів пом'якшення ТВТ, але можна вжити ряд кроків, поки тривають емпіричні дослідження найкращих методів. Серед пропозицій: 1) Забезпечення навчання методам управління стресом і здатності розпізнавати симптоми ТВТ; 2) Сприяння відкритому діалогу про ТВТ та його вплив на здоров'я персоналу, включаючи психічне здоров'я та поведінку; 3) Забезпечення доступності консультацій для персоналу та того, щоб консультанти були обізнані про ТВТ та його вплив; 4) Розподіл емоційної праці таким чином, щоб зменшити індивідуальне емоційне навантаження. Це також може забезпечити персоналу більший контроль, який, як зазначалося, є ключовим для пом'якшення ТВТ.

КЕТ займаються оцінкою впливу досліджень з участю тварин на добробут. Проте, етичний аналіз не включає благополуччя персоналу тваринницької лабораторії, не кажучи вже про ТВТ, як явний акцент. КЕТ має зацікавитися ТВТ, оскільки це етично релевантні факти дослідження. Вони вимагають виправдання, якщо вони присутні, і якщо їх можна зменшити або пом'якшити, це є етичне вдосконалення даного експерименту.

**Висновки:** є чіткі докази того, що ТВТ шкідливий і його слід сприймати серйозно. Це потребує додаткових досліджень причин та методів управління, етичної оцінки та варіантів політики для вирішення даної проблеми. Ми сподіваємося, що велика кількість регуляторів досліджень на тваринах підтримають цю роботу та належним чином регулюватимуть її, а організації, які проводять ці дослідження, шукатимуть варіанти вирішення проблеми ТВТ для захисту як людей, так і тварин.

## **РЕАЛІЗАЦІЯ ПРИНЦИПУ АВТОНОМІЇ ПАЦІЄНТА В СУЧАСНІЙ МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

*Кравченко Володимир Юрійович,  
кандидат політичних наук, старший викладач  
кафедри мовної підготовки та гуманітарних наук,  
Дніпровський державний медичний університет*

В системі сучасної медичної допомоги все більшого значення набувають морально-етичні та юридичні принципи поваги до прав та гідності пацієнтів. Одним із найголовніших етичних принципів в медицині вважають повагу до автономії пацієнта. У другій половині ХХ століття з розвитком біоетики та медичної етики принцип автономії перетворився на фундаментальний механізм регулювання відносин між медичними співробітниками і пацієнтами. Зростання ролі цього принципу свідчить про пріоритет інтересів пацієнта, його участь у прийнятті рішень, відкритість, правдивість, доступність та

достовірність медичної інформації, яку він отримує від медичних працівників. Це пов'язано з тим, що сьогодні медична практика потребує фахівців, які у своїй професійній діяльності будуть керуватися не лише професійними здібностями, але й морально-етичними принципами гуманізму, поваги до прав, свободи і гідності пацієнтів.

У сучасній системі медичних відносин принцип автономії передбачає право пацієнта на вибір методів лікування, медичного закладу, лікаря, відмову від медичного втручання, а також право на отримання повної інформації про своє здоров'я і перебіг хвороби [1, с. 226]. З точки зору медичної етики, дотримання принципу автономії свідчить про наявність у пацієнта права керувати власним життям і самостійно ухвалювати рішення від яких залежить його життя і здоров'я. Принципи та норми медичної етики вимагають від медичних працівників поважати гідність та автономію пацієнтів. Керуючись цими принципами лікар зобов'язаний компетентно інформувати пацієнта про перебіг його хвороби і основні ризики для його життя. Медичні працівники, які дотримуються принципу поваги до автономії пацієнта, демонструють свій високий рівень професіоналізму, відповідальності, емпатії та обов'язку.

Українська вчена Ліщинська О. описує принцип автономії, як повагу до інтересів окремого індивіда, його права на вільний вибір та участь у прийнятті рішень стосовно свого життя і здоров'я [2, с. 154]. Таке визначення вказує на те, що вільний вибір пацієнта має бути основою сучасної медичної етики, яка наділяє пацієнта можливістю ухвалювати самостійні рішення у відповідності до власних інтересів та цінностей. Оточуючі мають поважати і приймати вибір автономного та дієздатного пацієнта, якщо його вибір не завдає шкоди іншим. Автономія також включає право пацієнта отримувати медичну інформацію про потенційні ризики, очікувані результати та наслідки від медичного втручання або участі в клінічних дослідженнях.

В розумінні американських дослідників Т. Бошама і Дж. Чайлдресса, принцип автономії передбачає право дієздатного пацієнта ухвалювати самостійні рішення стосовно свого життя, здоров'я та медичної допомоги. На їхню думку, реалізація цього принципу вимагає від медичних співробітників дотримуватися наступних вимог:

- поважати точку зору пацієнтів і їхнє право на конфіденційність;
- отримувати згоду пацієнтів на кожен медичну процедуру;
- завжди повідомляти пацієнтові об'єктивну і правдиву інформацію про стан його здоров'я та подальші перспективи лікування [4, р. 58].

Сучасні відносини між пацієнтами та медичними працівниками все частіше базуються на етичних принципах поваги, правдивості та залучення до прийняття рішень. В медичній системі дотримання принципу автономії розглядається не лише як правова, але й як моральна вимога. Зміна традиційної патерналістичної моделі стосунків між лікарем і пацієнтом на принцип автономії може свідчити про зростання ролі свободи волі, поваги до інтересів та прав пацієнта під час надання медичної допомоги. Зростання ролі автономії пацієнта у прийнятті медичних рішень запровадило вимогу поважати цінності, свободу та рішення індивідів, які вони ухвалюють у відповідності до своїх інтересів та принципів. Така активна участь пацієнта у прийнятті рішень передбачає його право на отримання достовірної інформації про стан свого здоров'я, конфіденційність і повагу з боку медичного персоналу до його усвідомленого та раціонального вибору. Практична реалізація цього принципу вимагає, щоб дії медичного персоналу були позбавлені примусу, маніпуляції чи тиску по відношенню до пацієнта. Лікарі не повинні приховувати або надавати недостовірну і неповну інформацію про стан здоров'я, діагноз, ризики та перспективи подальшого лікування.

Загалом, біоетичне розуміння принципу автономії базується на таких цінностях як:

- 1) недоторканість особистого життя пацієнта;
- 2) вміння пацієнта ухвалювати компетентні рішення без стороннього тиску чи примусу;
- 3) пріоритет інтересів пацієнта над інтересами медичних працівників, медичної установи та дослідників;
- 4) здатність ухвалювати рішення на основі інформованої добровільної згоди;
- 5) вміння пацієнта формулювати і виражати власні переконання та моральні ідеали;
- 6) ставлення до пацієнта, як до вільного індивіда, який здатний ухвалювати самостійні рішення.

Варто також підкреслити, що ефективне застосування принципу автономії можливе лише за умови дотримання медичними працівниками правила інформованої згоди. Відповідно до цього правила, ухвалення пацієнтом свого автономного рішення має базуватися на вичерпній та правдивій медичній інформації про його здоров'я, яку він отримує від лікарів. Дотримання цього

принципу покликане забезпечити високий рівень довіри між учасниками медичних відносин, що підвищить якість наданих послуг та зменшить імовірність небажаних наслідків.

Цей принцип забезпечує ефективний діалог між лікарем і пацієнтом та наділяє останнього правом вибору, можливістю впливати на рішення, які визначають якість його життя і здоров'я. Це підкреслює неприпустимість зовнішнього тиску на пацієнта, нав'язування йому своїх переконань або примусу до певного рішення, яке суперечить його бажанням. Медичні працівники в такій системі мають сприймати пацієнта як партнера правовий і моральний статус якого має найвищу цінність. Однак, потрібно пам'ятати, що вибір пацієнта може бути автономним лише в тому випадку, якщо він відповідає трьом критеріям: компетентність, добровільність та поінформованість пацієнта [4, р. 93].

Залишається відкритим питання про здатність пацієнтів ухвалювати самостійні компетентні рішення в складних ситуаціях. На практиці, реалізація цього принципу ускладнюється через відсутність у пацієнта достатніх знань для аналізу отриманої інформації і прийняття рішення в умовах стресу та невизначеності. Інколи пацієнти можуть самостійно уникати автономії через страх відповідальності та наслідків за ухваленні рішення. В такій ситуації деякі індивіди прагнуть перекласти відповідальність і тягар важкого рішення на лікаря. Тому, головне завдання медичних працівників, підтримати пацієнта в такій ситуації та допомогти обрати вірне, виважене рішення і зробити автономний вибір.

Таким чином, принцип автономії пацієнта є одним із найголовніших етичних принципів сучасної медичної практики. Він дозволяє залучити пацієнта до процесу прийняття рішень стосовно його життя і здоров'я на основі отримання повної та достовірної медичної інформації. Принцип автономії стає запорукою самоідентифікації, самореалізації та самовираження пацієнтом своїх думок, цінностей та переконань в процесі лікування або участі в медико-біологічних дослідженнях. На рівні з іншими принципами біоетики повага до автономії пацієнта стала необхідною правовою і етичною вимогою для будь-якого медичного втручання, клінічних досліджень чи експериментів із залученням пацієнтів.

#### Список використаних джерел

1. Аніщенко М. А. Принцип автономії пацієнта: проблеми правової регламентації в Україні // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2018. – Т. 11. – № 2 (27). – С. 225–229.
2. Ліщинська О. Основні принципи сучасної біоетики / О. Ліщинська // Соціогуманітарні проблеми людини. – 2005. – № 1. – С. 150-156.
3. Немцева Н. В. Принципи біомедичної етики та її соціально-психологічні реалії в Україні // Вісник Житомирського державного університету імені Івана Франка. – 2016. – № 1. – С. 90-95.
4. Beauchamp T. L., Childress J. F. Principles of biomedical ethics. – 5th ed. New York: Oxford University Press, 2001 – 454p.

## ФІЛОСОФСЬКИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ІНТЕРПРЕТАЦІЇ ЯКОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРОДУКТУ

*Маганова Тамара Валеріївна,  
аспірант, асистент кафедри управління та економіки фармації,  
Ткаченко Наталя Олександрівна,  
доктор фармацевтичних наук, професор,  
завідувач кафедри управління та економіки фармації,  
Скульський Дмитро Вікторович,  
аспірант кафедри управління та економіки фармації,  
Запорізький державний медичний університет*

Відповідно до настанов ВООЗ та законів України, забезпечення якості фармацевтичного продукту на всіх етапах його життєвого циклу є всеохоплюючою концепцією, завдяки якій система охорони здоров'я спроможна забезпечити своєчасну якісну медичну та фармацевтичну допомогу.

Попри це, сучасні науковці-фармацевти, економісти, менеджери та маркетингологи, займаючись удосконаленням фармацевтичних систем забезпечення, систем менеджменту якості фармацевтичних організацій та здійснюючи діяльність у сфері дослідження вподобань споживачів, оперують поняттям «якість фармацевтичного продукту» з різним змістовим наповненням. Означене, актуалізує необхідність систематизації визначення поняття «якість фармацевтичного продукту», звертаючись до філософської категорії «якості» та встановлення ключових проблем на шляху до формування єдиного поняття у міждисциплінарному дискурсі.

**Метою роботи** стало дослідження поняття «якість фармацевтичного продукту» у філософській, управлінській та фармацевтичній площині задля узгодженого підходу науковців фармації в дослідженнях мультидисциплінарного контенту.

«Якість» – ємна, складна та універсальна категорія, що має безліч особливостей та аспектів. В літературі можливо зустріти понад 100 варіантів її визначень.

Відповідно до процесу розвитку категорії «якості» можливо виділити 3 етапи: поява та становлення категорії «якості» (античні філософи); визначення місця категорії «якості» (Кант і Гегель) та застосування теоретичних положень на практиці («діалектичний матеріалізм», зародження системи управління якістю Total Quality Management (TQM) та впровадження міжнародних стандартів якості ISO.

Фундаментальне визначення якості як філософської категорії надано Гегелем, де «якість - тотожна з буттям безпосередня визначеність...», якість – це притаманні якомусь об'єкту властивості і показники, які визначають об'єкт як і відрізняють його від іншого. Втрата властивостей та характеристик призводить до зникнення об'єкта, якому вони належали.

Відповідно до визначення терміну у прикладному значенні (якість фармацевтичної продукції), останнє не повинно суперечити фундаментальному. Проте, звертаючись до трактування якості відповідно до Закону України «Про лікарські засоби» та міжнародного стандарту якості ISO 9000:2015 «Системи управління якістю. Основні положення та словник термінів», під якістю фармацевтичного продукту потрібно розуміти не лише сукупність об'єктивно притаманних продукції властивостей та характеристик, а й задоволення потреб споживача. З цієї позиції випливає, що якщо якість це ступінь відповідності характеристик вимогам, то продукція, яка не відповідає нашим вимогам, не має якості. Але в природі немає речей без якості, без будь-яких властивостей та характеристик. Дана проблема давно висвітлюється у працях науковців-філософів, але досі не знайшла свого відображення у прикладних науках.

Іншим проблемним аспектом поняття «якості фармацевтичної продукції» є його суб'єктивна сторона. Відповідно до міжнародного стандарту якості ISO, характеристики, що визначають об'єкт можуть бути притаманними (об'єктивними) і присвоєними (суб'єктивними). Під час розробки та виробництва фармацевтичного продукту формується його об'єктивна якість (сукупність властивостей), а під час споживання пацієнтом на основі його індивідуального досвіду, його квалія і під впливом оточуючого його соціуму (лікарі, фармацевти, родичі та близькі) формується його суб'єктивне сприйняття якості. Тобто джерело досвіду споживання є об'єктивним і доступне кожному – фармацевтичний продукт, проте досвід сам собою доступний лише суб'єкту (відчуття від застосування, сприйняття).

Дуальність поняття «якості продукту» розкивається і у мові: так споживчий – це той, що слугує для задоволення потреб споживання (власне об'єкт споживання з сукупністю притаманних властивостей, що формуються під час його виробництва, споживча якість) та споживацький - притаманний тому, хто прагне задоволення тільки власних потреб (притаманний споживачу фармацевтичного продукту, проявляється у його свідомості і є суб'єктивним, споживацька якість).

Означена позиція знаходить своє відображення у роботах науковців з управління якістю (У. Шухарт, К. Ісікава, Дж. Джуран) та послідовників економічної школи маржиналізму, де варість товару, а згодом і його ціна визначається на основі суб'єктивного сприйняття корисності, що також можливо віднести до присвоєних характеристик фармацевтичного продукту. Проте, подібний підхід до якості мало висвітлюється у наукових доробках, хоча має місце з огляду на рух системи охорони здоров'я та фармацевтичного сектору у пацієнторієнтовному напрямку, де увесь процес надання фармацевтичної та медичної допомоги націлений на потреби та побажання пацієнта. На нашу думку, проблема пов'язана з важкістю визначення суб'єктивного сприйняття якості.

Отже, сучасне трактування поняття «якість фармацевтичного продукту» повинно, перш за все, базуватися на фундаментальній категорії «якості» (об'єктивно притаманним властивостям) та включати суб'єктивні аспекти сприйняття продукту споживачами, що дозволить удосконалити систему менеджменту якості у фармації.

## ХРОНІЧНІ ХВОРОБИ ЯК ВИД ЗАЛЕЖНОСТІ

*Мацегорова Ольга Євгенівна  
аспірант каф. фармакогнозії, фармакології та ботаніки,  
Запорізький державний медичний університет  
науковий керівник д.філос.н., професор Утюж І. Г.*

**Анотація.** Здоров'я – це головна цінність людського життя, про значущість якої розмірковували багато вчених і філософів. Одночасно, поряд зі своїми позитивними досягненнями, сучасна цивілізація негативно впливає на здоров'я людини і приводить до виникнення багатьох хронічних хвороб. Хронічні хвороби можуть призводити до зниження якості життя самої людини і всього суспільства, викликаючи залежність від хвороби.

**Ключові слова:** філософія здоров'я, медицина, хронічна хвороба, залежність.

Здоров'я – це головна цінність людського життя, про значущість якої розмірковували багато вчених і філософів. Авіцена казав: «Головним скарбом життя є не землі, що ти їх завоював, не багатства, що їх маєш у скринях. Головним скарбом життя є здоров'я, і, щоб його зберегти, потрібно багато що знати».

Дійсно, для того щоб зберегти своє здоров'я, треба не тільки знати, а й докласти неабияких зусиль.

Починаючи з оволодіння знань про будову і функціонування власного тіла до різних духовних практик для підтримання гармонійного душевного стану та знань про правила здорового способу життя.

В сучасному світі ці знання доступні не лише спеціалістам. З розвитком сучасних технологій, лабораторних і інструментальних досліджень, доступності інформації про медичні знання, індивід сам може моніторити стан свого здоров'я: частоту серцевих скорочень, тиск, сатурацію кисню, кількість вжитих калорій, фізичну активність, та інше і робити висновки про те чи є він здоровою людиною.

Тому можна сказати так, що здоров'я – це одна з характеристик людського тіла й душевного стану, яка формується з індивідуальних відчуттів і включає в себе суб'єктивну оцінку самою людиною свого стану, який вона сприймає за нормальний і об'єктивних інструментальних показників стану здоров'я.

Новітні технології, втручаючись у біологію та природу самої людини, повністю змінили якість і тривалість життя людини. Але поряд з позитивними досягненнями сучасності, урбанізоване та «техногенізоване» суспільство стикається з новими проблемами, які впливають на загострення проблем зі здоров'ям.

Великі шумні міста, з забрудненим повітря; політичні і економічні проблеми, які ведуть к війнам, зубожінням, а отже к стресам і страхам, нервозності, психічним розладам; пасивний, малорухомий образ життя в результаті пандемій, умов праці тощо – все це призводить до втрати людиною гармонії та життєвого балансу і може призвести до хвороби.

Якщо людина перебуває тривалий час в атмосфері страху та стресу, це може призвести до різних хронічних захворювань. Хронічне захворювання викликає ряд симптомів (біль, дратівливість, пригнічення, смуток, слабкість, невпевненість в собі, депресія), які заважають організму повноцінно функціонувати. Все це впливає на якість життя людини, на здатність працювати. Тому хронічні захворювання також є причиною втрати працездатного населення, а отже впливають на суспільство в цілому. Хронічні захворювання вимагають регулярного медичного обстеження та обмежують вільну діяльність у повсякденному житті людини.

Часто люди самі винні в тому, що своїми шкідливими звичками, які є проявом слабкості і нелюбові до себе, доводять себе до виникнення хронічного захворювання. Наприклад діабет 2 типу, коли людина сама собі «ложкою копає могилу», вживаючи їжу у «патологічній» кількості, викликаючи ожиріння. Куріння, яке отрує і самого курця і його оточення, викликаючи з часом хронічні захворювання легень, серцево-судинні хвороби. Для когось вживання алкоголю – це спосіб розслабитись після робочого дня, але часто люди забувають, що це отрута для нашого організму, яка повільно руйнує його, починаючи з печінки, яка є «фільтром» для людського організму.

У 2019 році вчені проаналізували дані про смертність, надані до Всесвітньої організації охорони здоров'я з 2005 по 2015 роки окремими країнами. У цьому дослідженні зосередилися на 5 країнах, які ілюструють різні етапи глобалізації. Україна, США та інші країни пострадянського простору мали найбільшу абсолютну кількість смертей від ІХС і трьох неінфекційних захворювань (рак легенів, інсульт і хронічні захворювання нижніх дихальних шляхів) в порівнянні з Великою

Британією. Ці данні свідчать про те, що розвинені країни з високим рівнем доходу витрачають більше засобів на систему охорони здоров'я, на профілактику і лікування хронічних захворювань. В цих країнах історично були популярними кампанії із запобігання факторам ризику (прикладом цього є збільшення податків на сигарети, попередження про здоров'я на тютюнових виробках, заборона куріння в громадських місцях, заходи з вимірювання артеріального тиску у великих містах і кампанії в ЗМІ, які пропагують здорову поведінку). Таким чином, для подолання епідемії хронічних захворювань в Україні необхідні як чітка профілактична політика, так і послідовне зростання доходів, якого не спостерігалось в останнє десятиліття [2].

Звісно не рідко хронічні захворювання можуть «передатись у спадок від батьків». Наші гени визначають не лише колір наших очей, волосся, риси обличчя, але й винні у нашій схильності до тих чи інших захворювань. Наприклад депресія і мігрень можуть виникнути не лише через перевтому, стрес, пригнічення, а й через спадкову схильність. До цих хвороб можна віднести також гіпотеріоз, остеопороз, ревматоїдний артрит, глаукому, хворобу Альцгеймера та інші.

Контроль над множинними хронічними захворюваннями – це складне лікування, високі витрати та значне навантаження на пацієнта, його рідних, на спільноту та на систему охорони здоров'я. Люди з хронічними захворюваннями стають нерідко залежними від лікарських препаратів, які усувають лише симптоми захворювань і повинні приймати ліки до кінця свого життя. Але при цьому розвиток медицини, відкриття нових лікарських препаратів, які стали невід'ємною часткою нашого життя, дає змогу нам прожити якісне, довге і щасливе життя.

Але все ж простіше попередити захворювання, ніж потрапити на його «гачок» і бути залежним. А для цього потрібно популяризувати здоровий спосіб життя, підлаштовувати сучасну освіту під реалії сьогодення, саме тому педагоги повинні готувати людину з самого дитинства до нової системи суспільних відносин, формувати людину, котра здатна жити у надзвичайно динамічному і інформаційному світі, є всебічно розвинутою, впевненою у собі, самодостатньою особистістю, яка керується в житті власними знаннями і переконаннями. Загалом, це більше потрібно суспільству, ніж освіті чи конкретній людині, бо без всебічно розвинутої особистості неможливо розбудувати ані основ демократії, ані досягти параметрів економічно розвинених країн, які вибудовують постіндустріальну спільноту. [1]

Список використаних джерел

1. Химинець В.В. Інноваційність — важлива складова розбудови сучасного освітнього простору в регіоні. Закарпатський інститут післядипломної педагогічної освіти. URL: <https://zakinppo.org.ua/kafedri/kafedra-menedzhmentu-ta-innovacijnogo-rozvitku-osviti/publikacii-vikladachiv/1909-innovacijnist-vazhliva-skladova-rozbudovi-suchasnogo-osvitnogo-prostoru-v-regioni> (дата звернення: 28.01.2023.)

2. Nowbar AN., Gitto M., Howard JP., Francis DP., Al-Lamee R. Mortality From Ischemic Heart Disease. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2019. Vol.12, 6. e005375. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.118.005375

## **ВПЛИВ ІДЕОЛОГІЇ ПЕРСОНАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЦИНИ НА ПРАКТИКУ ПРИЙНЯТТЯ МЕДИЧНИХ РІШЕНЬ**

*Поцулко Олена Анатоліївна,  
кандидат історичних наук, доцент,  
доцент кафедри мовних та гуманітарних дисциплін №1,  
Донецький національний медичний університет, м. Лиман*

Перебудова охорони здоров'я на основі ідей персоналізованої медицини (ПМ), що розпочалася на рубежі двох тисячоліть, є особливим культурним проектом, що просувається великою кількістю агентів – представниками інноваційних галузей бізнесу, академічними колами, політиками та іншими зацікавленими сторонами. Проект ПМ вперше почав реалізовуватися в США, але вже незабаром знайшов підтримку в Європі та Японії, а також в інших країнах світу, включаючи Україну. Фінансова, інформаційна та інтелектуальна підтримка проекту ПМ, яка здійснюється вже понад півтора десятки років, свідчить про те, що масштаб даного культурного проекту набув глобального характеру.

У такій країні, як США, медицина завжди була однією з найбільш дохідною сферою економіки. Історія США свідчить, що американська держава найменшою мірою була зацікавлена у створенні системи безкоштовної національної охорони здоров'я. Однак у 1980-ті роки уряд США розробив цілу низку заходів, спрямованих на заохочення медичного бізнесу та комерціалізацію медичної допомоги. При цьому колосальні інвестиції у передові медичні дослідження стали, свого



роду, пусковим механізмом для потужної науково-технологічної бази, що забезпечила можливість виникнення ПМ на рубежі ХХ – ХХІ ст.

Комерціалізація медицини США викликала неоднозначні соціальні наслідки: з одного боку, якісна медична допомога стала малодоступною найбіднішим прошаркам суспільства, з іншого боку, з'явилися нові різновиди медичних послуг, у тому числі розвинуті сучасні форми діагностики, лікування та профілактики, які через їх високу вартість виявилися доступними лише забезпеченим американцям. Тим не менш, акцент на розвиток передових медичних технологій дозволив досягти суттєвого зниження вартості для багатьох різновидів медичних послуг, зокрема генетичного консультування на основі повного секвенування геному людини тощо. Завдяки цьому ціла низка досягнень ПМ стала найбільш доступною рядовим американцям, і навіть населенню розвинених країн.

Реалізація культурного проекту ПМ передбачає не лише наявність потужної науково-технологічної бази, а й наявність власної ідеології, яка представляє ПМ як фундамент для охорони здоров'я завтрашнього дня. Один із ідеологів ПМ, Лерой Худ, вважає, що успіх ПМ неможливий без зміни суспільної свідомості [1], тобто без визнання ідеології ПМ. Основними характеристиками ПМ її ідеологи називають «предиктивність», «превентивність», «персоналізацію лікувально-профілактичних засобів», а також «партисипацію» – активну участь пацієнтів у ухваленні рішень, що стосуються власного здоров'я. У світлі цієї ідеології ПМ проголошується антиподом «конвенційної медицини», більш ефективним і дешевим засобом забезпечення здоров'я. Ідеологи ПМ не втомлюються повторювати, що успіх ПМ залежатиме від більш відповідальних та узгоджених дій усіх сторін, залучених до реалізації цього проекту – підприємців, управлінців, науковців, медиків, пацієнтської спільноти, мас-медіа тощо.

14 травня 2013 року в «Нью-Йорк Таймс» була надрукована стаття, в якій голлівудська кінозірка Анджеліна Джолі розповіла величезній читацькій аудиторії про те, що їй було зроблено хірургічну операцію з видалення молочних залоз із метою запобігання ймовірному розвитку раку грудей у зв'язку з присутністю в її організмі небезпечного гена BRCA1 [2]. Приводом для проведення операцій стали побоювання через погану спадковість кінозірки по жіночій лінії та прагнення кардинально зменшити ризик розвитку захворювання, нехай і ціною такого радикального засобу, як хірургія. У своїй статті «Мій медичний вибір» Джолі закликала всіх жінок більш відповідально ставитися до свого здоров'я і за допомогою лікарів тримати ситуацію зі здоров'ям під контролем. 24 березня 2015 року на сторінках тієї ж газети Джолі повідомила про те, що зазнала профілактичної операції з видалення яєчників та фалопієвих труб [3]. Обидві публікації в «Нью-Йорк Таймс» викликали цілий шквал співчутливих відгуків [4]. Інтернет-версії інших видань кинулися публікувати зізнання інших, менш відомих жінок, про їх досвід запобігання раку грудей. Феміністки стали закликати проводити кампанії підвищення обізнаності про онкологічні захворювання. З'явилися новини про створення колекції купальників для жінок, які пережили мастектомію, про виставки, присвячені жіночим грудям, влаштовані художницями-феміністками, які зазнали операції з видалення молочних залоз. Незважаючи на те, що у всіх цих публікаціях на першому плані була феміністська проблематика вільного жіночого вибору, всі вони виступили також і яскравим прикладом ідеології ПМ у дії. Хірургічна профілактика раку постала як ознака добровільного, усвідомленого прагнення зберегти здоров'я та засіб зменшення ризиків майбутніх захворювань. Хвиля дискусій, ініційованих публікацією про медичний вибір Джолі, успішно показує, що у західному суспільстві ідеологія ПМ вже набуває широкого визнання.

Той факт, що на початку ХХІ століття пацієнти стали більш активними учасниками процесу прийняття медичних рішень, не слід розглядати у відриві від історії. Монополія лікарів на прийняття рішень щодо здоров'я була підірвана задовго до того, як Анджеліна Джолі зважилася зазнати хірургічної операції заради збереження здоров'я в майбутньому. У США та інших західних країнах це сталося ще після Другої світової війни у зв'язку з необхідністю здійснювати більш ефективний громадський контроль як у сфері передових медичних досліджень, так і в галузі рутинної клінічної практики з метою захисту інтересів осіб, уражених у правах, дітей та термінальних пацієнтів. Ця обставина, у свою чергу, викликала бурхливий розвиток медичного права та біоетики, завдяки яким практика прийняття медичних рішень – особливо в рамках психіатрії, педіатрії, інтенсивної терапії та трансплантології – стала кардинально змінюватися. Деякі медичні рішення стали прийматися за участю юристів, священників, філософів, цивільних активістів, які опинилися в ролі «чужинців біля ліжка хворого» [6, с. 29].

Ідеологи ПМ серед найбільш значущих характеристик «медицини завтрашнього дня» називають партисипацію – активну участь пацієнтів у прийнятті медичних рішень. У публікаціях на цю тему підкреслюється, що в недалекому майбутньому розпорядженні пацієнтів буде все

більший обсяг знань про їхню власну генетичну схильність до тих чи інших захворювань; добре освічені пацієнти братимуть участь у прийнятті вірніших лікувальних рішень; медичні документи будуть проводитися з більшою орієнтацією на пацієнтів, ніж на лікарів та установи, пацієнти отримують до них більший доступ та контроль; перевага в отриманні генетичної інформації серйозно вплине на спосіб життя людей, у тому числі за межами закладів охорони здоров'я. В історичному плані поява активних, освічених та відповідальних пацієнтів є наслідком двох обставин. Перша з них пов'язана з громадським рухом за права пацієнтів, який досяг свого апогею у другій половині ХХ століття, коли активісти пацієнтських організацій боролися за свої права на отримання медичної інформації та разом з деякими лікарями, філософами, соціологами та медичними антропологами закликали до відмови від патерналістської моделі стосунків між лікарем та пацієнтом на користь партнерської. Друга обставина викликана розвитком Інтернету, який уможливив прийняття рішень щодо здоров'я, без безпосереднього звернення до лікаря. Отже, за нових умов партиципація лікаря зовсім не гарантована; лікарям ще доведеться поборотися за визнання своєї необхідності та доречності у здійсненні життєвих планів пацієнтів.

Акцент на тому, що ПМ – це, перш за все, превентивна медицина, спрямована на запобігання хворобам на ранньому етапі, до того, як вони будуть клінічно маніфестовані, робить ПМ медициною не для хворих, а для здорових людей. Протягом більш як сторіччя вся сучасна наукова медицина була медициною «лікувальною», хоча в ній був присутній і профілактичний компонент. Однак до того, як ще у ХІХ столітті відбулася «терапевтична революція», навпаки, вся медицина у своїй сутності була профілактичною медициною, тоді як лікувальні можливості докторів були скромними [5, с. 11]. Просування культурного проекту ПМ через підтримку її ідеології означає, що ідеї профілактики знову набирають сили. Проте за нових умов профілактика позиціонується не як наслідок слабкості медичної науки, а як свідчення її сили, а крім того, як економічно вигідніша стратегія. Ідеологи ПМ передбачають, що за нових умов лікарям належить не стільки лікувати, скільки бути консультантами зі здорового способу життя, однак наукова база для такої консультативної практики має спиратися на колосальний обсяг генетичної та іншої інформації. У свою чергу, пацієнтам ПМ належить витратити масу часу на продумування своїх життєвих перспектив, оцінку різних ризиків, і навіть дедалі більше медикалізувати власне існування. Спільно з лікарями і навіть без них пацієнтам ПМ доведеться постійно приймати багато медичних рішень, більшість з яких стосуватиметься можливих подій і загроз, які завжди зможуть справдитися.

Отже, ПМ як культурний проект історично та культурно найбільш тісно пов'язаний із суспільствами, що заохочують індивідуалізм та відповідний йому тип етики – етику турботи про себе. Ідеологія ПМ заохочує увагу до нових нюансів власного благополуччя, стимулюючи медичне сприйняття ймовірних подій та ризиків, що вже маячать у недалекому майбутньому. Інший тип етики процвітає у суспільствах, які стверджують цінність колективного існування, передусім, сім'ї. Китай, Індія, країни ісламу дають численні приклади значущості етики турботи про ближнього, і можна припустити, що цей тип етики слабо узгоджується з ідеологією ПМ. Ухвалення медичних рішень в азійських суспільствах продовжує залишатися прерогативою сім'ї. Тому легко припустити, що така особливість ПМ, як партиципація, там неминуче прийме іншу форму і буде пов'язана з іншими способами поведінки з медичною інформацією та іншими моделями медичного консультування.

#### Список використаних джерел

1. Лерой Худ: суспільство треба навчити платити за медицину. URL: <http://sk.ru/news/b/press/archive/2011/02/18/leroy-hud-obschestvo-nuzhno-nau-chit-platit-za-medicinu.aspx>
2. Jolie Pitt A. My Medical Choice // New York Times. 2013. May 14. URL: <http://www.nytimes.com/2013/05/14/opinion/my-medical-choice.html>
3. Jolie Pitt A. Angelina Jolie Pitt: Diary of a Surgery // New York Times. 2015. March 24. URL: <http://www.nytimes.com/2015/03/24/opinion/angelina-jolie-pitt-diary-of-a-surgery.html>
4. Rabin R.C. In Israel, a Push to Screen for Cancer Gene Leaves Many Conflicted // New York Times. 2013. November 26. URL: <http://www.nytimes.com/2013/11/27/health/in-israel-a-push-to-screen-for-cancer-gene-leaves-many-conflicted.html>
5. Tessier M. Readers Respond: On Angelina Jolie Pitt: Diary of a Surgery' // New York Times. 2015. March 25. URL: [http://takingnote.blogs.nytimes.com/2015/03/25/readers-respond-on-angelina-jolie-pitt-diary-of-a-surgery/?\\_r=0](http://takingnote.blogs.nytimes.com/2015/03/25/readers-respond-on-angelina-jolie-pitt-diary-of-a-surgery/?_r=0)

6. Wurtzel E. The Breast Cancer Gene and Me // New York Times. 2015. September 25. URL: <http://www.nytimes.com/2015/09/27/opinion/sunday/elizabeth-wurtzel-the-breast-cancer-gene-and-me.html>.

7. Rosenberg C.E. Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. P. 9-31.

8. Rothman D.J. Strangers at the Bedside: A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making. New York: Basic Books, 1991. 326 p.

## **ДІАГНОЗ ЯК ІСТИНА: ФІЛОСОФСЬКЕ ТРАКТУВАННЯ ПРОБЛЕМИ**

*Поцулко Олена Анатоліївна,  
кандидат історичних наук, доцент,  
доцент кафедри мовних та гуманітарних дисциплін № 1,  
Ліфанчук Дар'я Вікторівна,  
студентка I курсу медичного факультету № 2,  
Донецький національний медичний університет, м. Лиман*

Одним із найважливіших завдань у медицині є встановлення правильного діагнозу. Неправильно встановлений діагноз може мати для пацієнта фатальні наслідки. Тут ми підходимо до поняття істини як знання – наскільки в ньому відображені якості, властивості, сутність об'єктів, що вивчаються. І тут потрібен критерій, за допомогою якого можна виміряти ступінь точності, адекватності наших знань про досліджуваний об'єкт. Критерій істини – це ознака, виходячи з якої виробляється оцінка, визначення чи класифікація чогось, тобто мірило. Критерій істини – це те, що засвідчує об'єктивну істинність пізнання. Критерій істини – термін епістемології, який визначає стандарти, правила та процедури, за якими можна було б судити про істинність тверджень. Критерії істини є інструментами верифікації. Розуміння критеріїв істини філософського вчення є основою оцінки цього вчення. Правила логіки не можуть самі по собі відрізнити істину від брехні. Філософами пропонуються різні критерії істини – деякі з них очевидні, інші викликають суперечки. Якщо розглянути історію питання знаходження критерію, то над цією проблемою билось багато філософів. Так, наприклад, Аристотель вважав, що «не все, що представляється, істинно». Як критерій він вводить закон несуперечності, згідно з яким неможливо, щоб заперечення і затвердження в тому самому відношенні і в той самий час були хибними або істинними. Таким чином, починаючи з Аристотеля, критерій істини знаходили у логічному законі несуперечності. Істина, вважав Кант, має відповідність знання з його предметом. Філософія Нового часу виходила з розуму, який все висвітлює та визначає як істинність або хибність існуючого.

Матеріалістичний сенсуалізм істинність чи хибність ідей пов'язує з їх відповідністю щодо самої речі (Дж. Локк). Ідеалістичний сенсуалізм (Дж. Берклі) висуває чотири критерії істинності. Перший з них виходить з яскравості або тьмяності відчуттів, другий полягає в одночасності приблизно однакових сприйняттях у кількох людей (так звана інтросуб'єктивність), третій полягає в узгодженості відчуттів, четвертий критерій доповнює третій – істинною буває не всяка узгодженість, але тільки така, яка проста, доступна для огляду та зручна для засвоєння. Це фактично те положення, яке пізніше отримало назву «принцип економії мислення». «Економія» буває двох видів: об'єктивно виправдана та суто суб'єктивна. Короткість та точність теорії має певне значення, якщо теорія, до того ж, чітко відбиває об'єктивну реальність. Берклі є прихильником суб'єктивістської «економії», бо для нього «економічніше» відчувати самі відчуття, ніж відчувати реальні об'єкти, що об'єктивно існують.

Критерій істини має бути об'єктивним, тобто незалежним від розуму (свідомості) людини. Перші спроби знайти такий критерій виникли в класичній німецькій філософії. Це – практика. Гегель у своїй філософії об'єктивного ідеалізму, розглядаючи діяльність духу, його самоздійснення, співвідносить це поняття з реальністю. Щоправда, Кант заявляє, що «загальний матеріальний критерій істинності неможливий, це було б навіть протиріччям», бо «знання, істинне щодо одного об'єкта може бути хибним щодо іншого». Критерій істини, за Фейєрбахом, – родова свідомість людини. З погляду марксизму, тільки ті результати наукового знання, які витримали перевірку практикою, є дійсними, об'єктивно значущими.

У неопозитивізмі виникло два поняття істинності. Перше розглядає істинність як відповідність пропозицій чуттєвим даним чи «факту». Друге – як логічну взаємоузгодженість речень. Неопозитивісти, розглядаючи «факт» як гносеологічну категорію, дійшли твердження, що «факт» – це все те, що може бути зафіксовано в істинному або хибному реченні. Інакше кажучи, «факт» – це все те, що може стати предметом свідомості, яка логічно мислить.

Оскільки наукові пропозиції включають істинні і хибні, знадобилася перевірка істинності пропозицій. Емпіричний критерій їхньої істинності отримав у неопозитивізмі назву «принцип верифікації». Відповідно до принципу верифікації, перевірка пропозицій здійснюється через зіставлення їх із фактами чуттєвого досвіду суб'єкта.

Із запропонованих критеріїв істини, напевно, найзрозумілішим і найпростішим, об'єктивно значимим є марксистський: критерій істини – це практика. Він стверджує, що наука існує не заради себе самої, а щоб використовувати отримані знання на користь людських потреб.

Підсумовуючи, робимо висновок, що істинним можна характеризувати твердження, виражене пропозицією, у якій відзначається ступінь узгодження або її відсутність між принаймні двома ідеями. Аргументи доказу складаються із пропозицій. Вони не можуть бути істинними чи хибними, вони можуть бути чи не бути правильними. Дедукція ділить будь-яке твердження на правильне чи неправильне. Неправильний висновок може стверджувати, що є істинним, одночасно правильний висновок може стверджувати, що є істинним. Істина полягає у відповідності певного затвердження чи судження з дійсністю. На відміну від цього, правильність – це дотримання правил логіки у доказі висновку із початкових тверджень. На відміну від дедуктивних аргументів, індуктивні можуть бути правильними чи неправильними. Про них можна сказати, що вони мають певну ймовірність.

Повернімося до медичних проблем встановлення діагнозу. Розглянемо ту область патології, у якій для встановлення істини лікар оперує цифрами. Буквально протягом кількох останніх десятиліть таких цифр було на пальцях перерахувати: температура тіла, пульс, тиск. В даний час тільки аналіз крові дає кілька десятків чисельних показників. До них відносяться комплекс еритроцитарних, ретикулоцитарних та біохімічних маркерів, таких як кількість еритроцитів, рівень гемоглобіну, середній обсяг еритроцитів, середній вміст гемоглібіну в еритроцитах, вміст гемоглобіну в ретикулоцитах, кількість незрілих ретикулоцитів, кількість ретикулоцитів із середньою флуоресценцією, кількість тромбоцитів, кількість лейкоцитів, АЛТ, АСТ, коефіцієнт Де Рітіса, амілаза крові, холестерин, креатинін крові, залізо, активність ліпази, білірубін крові, С-реактивний білок, активність лужної фосфатази, білірубін крові, глюкоза крові, загальний білок і т.п.

Часто лікарі за критерій істини беруть різку межу окремо взятого показника. Наприклад, для жінок рівень гемоглобіну в 12 г/дл є прикордонним між залізодефіцитною анемією (ЗДА) та фізіологічним еритропоезом (відсутність анемії). Однак реально в окремих випадках пацієнт при вмісті гемоглобіну менше 12 г/дл може мати фізіологічний еритропоез і хворіти на залізодефіцитну анемію, коли рівень гемоглобіну більше 12 г/дл. На це вказують як інші показники крові, так й інші ознаки хвороби.

Утворюється так звана «сутінкова» зона показника, інтервал значень гемоглобіну, всередині якого є значення як хворих, так і здорових. В цьому випадку встановлення правильного діагнозу стає скрутним. І в цьому випадку отримані знання потребують перевірки, того критерію, який може відокремити (по можливості) справжнє знання від омани, від помилкових знань. Які б критерії не висували різні філософські напрями та течії, всі вони виявляються не абсолютними, але лише відносними. Але взагалі істини не очевидні і вимагають доказів через раціональний аналіз.

Таким аналізом може стати статистичний, який математичними методами на основі великої кількості даних може встановити істину з високою ймовірністю. Зокрема, отримавши розподіл щільності ймовірності гемоглобіну здорових і хворих на ЗДА, можна отримати їх перекриття, що утворюють «сутінкову» зону. У такій зоні кожному значенню показника відповідає ймовірність діагнозу. Тобто ми приходимо до поняття ймовірності як основи медичної діагностики. Успіхи обчислення ймовірностей у наші дні всім очевидні. Вони знайшли свій вираз у різноманітних додатках, методах і теоріях. Засобом обґрунтування обчислення ймовірності була ідея випадковості. Випадковість вже не протиставляється причинному поясненню. І для Т. Гоббса, і для Б. Спінози, і для П. Гольбаха, і для Гельвеція випадковість детермінована, але людина не може знати всі причини випадкових подій. Допускається детермінованість випадкових подій та водночас неповнота наших знань про цю детермінованість. Неповнота знань про випадкові події – висновок з припущення про детермінованість випадковості. Таким чином, діагноз має не абсолютний, а ймовірнісний характер.

Питання про сутність ймовірності досі стоїть на порядку денному. У філософії критичного раціоналізму Поппер висунув низку гносеологічних ідей, перспективних щодо розуміння ймовірності. Насамперед, зберігши ідею істини та істинності як критерію правдоподібності, він віддав пріоритет ідеї правдоподібності. Принципово різні підходи до ймовірностей досі зберігаються в філософії науки, незважаючи на низку спроб подолати розрив суб'єктивної та об'єктивної інтерпретацій ймовірностей. Усвідомлення методологічної та гносеологічної

значимості ймовірнісних методів у сучасній науці – як у природній, так і в соціальній – ставить на порядок денний створення пробабілістської, ймовірнісної методології науки.

Отже, медичну діагностику можна розглядати з погляду закону переходу кількісних змін до якісних. «Сутінкова» зона – це область стрибка, тобто кількісного переходу від однієї якості до іншої. У нашому випадку це кількісне зниження вмісту гемоглобіну призводить до анемії. Розмитою стає і міра. Міра – це межа, під час переходу якої кількісні зміни викликають зміни якісні. Всередині межі міри якість залишається незмінною, а кількість змінюється, як це і відбувається з гемоглобіном.

## **ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ РЕДАГУВАННЯ ГЕНОМУ ЛЮДИНИ: ОКРЕМІ АСПЕКТИ ОСМИСЛЕННЯ**

*Сумченко Світлана Володимирівна,  
к. філософських н., доцент,  
доцент кафедри мовної підготовки та соціально-гуманітарних наук,  
Державний заклад «Луганський державний медичний університет»*

Нинішній етап прогресу людської цивілізації у сфері пізнання навколишнього світу, розвитку наукових знань та створення і практичного застосування сучасних високих наукомістких технологій характеризується трансформаціями у всіх сферах буття глобального суспільства, оскільки ці технології здатні трансформативно впливати на процеси самоорганізації складних систем, в тому числі систем соціокультурних. При цьому трансформується спосіб життя людей, їх система цінностей і тілесність. Системоутворюючими чинниками системи високих наукомістких технологій постають нанотехнології, біотехнології, інформаційно-комунікаційні технології. Відбувається процес їх синергії і досліджень мозку людини, що ініціює появу і активний розвиток NBIC-конвергенції (за першими буквами областей: N – нано; B – біо; I – інфо; C – когно).

Зокрема, практичне застосування біотехнологій у свідомості все більшої кількості людей трансформує уявлення про людину як істоту повністю сформовану в ході довготривалої еволюції. Людина починає розумітися як об'єкт технологічного впливу, фізичні та інтелектуальні здібності якої можна і, часом, варто удосконалити. Це сприяє появі етичних проблем, зокрема коли мова йде про технології редагування геному.

Одним з напрямків роботи світової спільноти в контексті вивчення наукових, етичних, соціальних і правових проблем, пов'язаних з редагуванням геному людини є намагання сприяння прозорості та надійній практиці, забезпечення ефективної оцінки можливих ризиків перед прийняттям рішення про дозвіл використання цих технологій. Так, фахівець з біоетики Р. Альта Чаро пропонує «екосистемний» підхід, у межах якого широкий спектр вже наявних правових інструментів – від патентного права до законодавства, що регулює експерименти з ембріонами – буде можливо використовувати і для контролю за розвитком технологій редагування геному, який успадковується нащадками [1, pp. 976–977].

Загалом, на даний час серед експертів існує порозуміння щодо неможливості практичного застосування успадкованого редагування геному людини. Увага вчених має бути сконцентрована також і на антропологічному і соціокультурному вимірі практичного впровадження технологій вдосконалення людини загалом та редагування геному, зокрема. Тому саме у сфері біомедичних досліджень слід особливо акцентувати увагу на аксіологічних, етичних і гуманістичних цінностях, що мають стати невід'ємним елементом системи наукового знання. Вдосконалення людини та зокрема редагування її геному можливо лише у випадку, коли користь від цього для людини та суспільства буде переважати над ризиками, при цьому ці ризики мають бути прораховані, заздалегідь відомі та оцінені. Це стане можливим за умови формування нового типу мислення і дій, основою якого може стати космо-гумано-центристський світогляд людей, які усвідомлюють солідарну відповідальність за життя на Землі, адже саме людство свідомо скеровує зараз вектор еволюції планети.

### **Список використаних джерел**

1. Alta Charo R. Rogues and Regulation of Germline Editing. *The New England Journal of Medicine*. 2019. № 10. pp. 976-980. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMms1817528>.
2. Lander E., Baylis F., Zhang F, Charpentier E, Berg P. Adopt a Moratorium on Heritable Genome Editing. *Nature*. 2019. № 67. pp. 165-168. DOI: <https://doi.org/10.1038/d41586-019-00726-5>.

## INTERDISCIPLINARY DISCUSSION OF HEALTH

*Sazanovych Larysa Viktorivna, PhD in Philology,  
Associate Professor, Zaporizhzhia State Medical University,  
Language Center Olomouc, Palacký University, The Czech Republic*

One of the most important aspects of human existence is health. If someone is feeling good, it will be reasonable to assume that he or she is healthy. However, the experience of surviving the COVID-2019 epidemic demonstrates that whereas some individuals may convince themselves of being unwell and start feeling sick, others infected with the virus might not even notice this.

The Humanities, social and medical sciences all conduct research on health since it is essential to human existence [1]. In the fields of social medicine, medical sociology, sociology of health, health, culture, and society, bioethics, linguistics, and philosophy of medicine, certain aspects of health have been continuously researched since the middle of the 20th century.

Health, according to the World Health Organization, is "not merely the absence of disease or infirmity but a state of complete physical, mental and social well-being" [2]. Notable is that, since 1948, it remains the most widely employed explanation.

However, despite the ongoing scientific debate, there isn't a single way for scientists to interpret this idea. The ambivalence of the ideas of health and sickness, the concept of health's multidimensionality, and therefore the descriptive and axiological planes of its research are some of the factors preventing the definition from being unified [3]. Additionally, because of the general asymmetry in ethics, a lot of research has been done on the categories of illness and disease, but health is rarely the focus of scientific study [4].

Therefore, there is still a need to address the meaning of "health," particularly in light of global societal changes and the necessity to rediscover medicine's original purpose of helping people rather than investigating them.

### References

1. Бойчук Ю.Д. Сучасні підходи до розуміння сутності здоров'я людини та суміжних з ним понять. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження / ред. Ю. Д. Бойчук. – Харків : Вид. Рожко С. Г., 2017. – С. 5–16.
2. Преамбула до Конституції Всесвітньої організації охорони здоров'я, затверджена на Міжнародній конференції з питань охорони здоров'я, Нью-Йорк, 19-22 червня 1946 р.; підписана 22 липня 1946 р. представниками 61 країни (Архівні документи Всесвітньої організації охорони здоров'я, №. 2, стор. 100), введена в дію 07 квітня 1948 р.).
3. Engelhardt T. H. Jr. The Concept of Health and Disease [Електронний ресурс] / Tristram H. Engelhardt Jr. // Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences. Proceedings of the First Trans-Disciplinary Symposium on Philosophy and Medicine Held at Galveston, May 9–11, 1974 / H.T. Engelhardt Jr. and S.F. Spicker (eds). – Dordrecht: Reidel, 1975. – 125–141. – Режим доступу: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-010-1769-5\\_9](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-010-1769-5_9)
4. Tranøy K.E. Asymmetries in Ethics: on the Structure of the General Theory of Ethics / Knut Erik Tranøy // Inquiry. – 1967. – № 10. – P. 351–372.

## THE MYTHIC CHARACTER OF MEDICINE ADVERTISING: THE WORLDVIEW AND COMMUNICATIVE ASPECT

*Vadym Slyusar, Doctor of Philosophy, Associate Professor,  
Head of the Department of Philosophical and Historical Studies  
and Mass Communications,  
State University "Zhytomyr Polytechnic"*

*Mykola Slyusar, Editor of the TV channel "SK-1", assistant  
of the Department of international relations and political management,  
State University "Zhytomyr Polytechnic"*

*Olexandr Lymanets, Chief forensic expert in arms research sector  
of the Zhytomyr Scientific Research Forensic Center of MIA of Ukraine*

Advertising is one of the main tools of social mythmaking [1: 2]. Medicine advertising influences modern myths according to the same models as other commercial advertising, but taking into account that the sphere of human health is the most vulnerable to manipulative influences, their advertising processes are regulated at the legislative level in different countries. In recent years, we can observe a tendency to hold a significant share of the advertising market in particular for announcements about medicines,

medical products, as well as about clinics, services and methods of treatment. There are three types of direct-to-consumer pharmaceutical advertising: product announcements (name, main indications, and additions regarding safety and efficacy are indicated); announcement-reminder (the name of the medicine, the dosage form and, possibly, the cost are indicated, while the conditions and reasons for which they are used are ignored); an announcement about help (it describes a disease or condition, but does not mention a specific drug that treats it) [3, p. 669]. Medicine advertising forms not only the consumer requests of the patient or meta-patient, but also the professional preferences of doctors. However, the increase in the number of advertising messages that the recipient receives during the day up to 6,000 units forces advertisers to look for qualitatively different methods of advertising, which focus not only on product announcements, but also on the joint creation of modern social myths. The key areas of myth-making are the production of the panacea myth and the exploitation of the sage-hero archetype.

The image of Panacea has a mythological origin, because even in the ancient Greek picture of the world, she was depicted as one of the goddesses, the daughter of the god of medicine Asclepius was responsible for the treatment process. The ancient Greeks endowed her with a unique artifact - an elixir (potion), with the help of which she had the unique characteristic of curing any disease. Over time, the artifact itself is identified with the name of its owner, and the search for a panacea becomes one of the activities of alchemists. The development of medicine as a science strengthened the mythological status of the panacea as an unattainable goal, a fantastic dream, a tool of transhumanism. And so the myth of the panacea remains part of the mythological picture of the world and is produced in the mass consciousness in various forms, primarily thanks to advertising. The desire to feel healthy affects the behavior model of a person who, in a consumer society, is constantly searching for belief in "eternal youth", "good health", "unchangeable beauty". This belief is concentrated in a single symbol – a panacea, i.e. any medicine that can achieve its intended purpose without medical examination by professionals. Belief in a panacea, despite its irrational nature, has the features of rationalism, since the medicine is perceived by the recipient as the result of the activity of scientists, and accordingly, their effectiveness is given a priori. It can be argued that this is the simulacrum of "medicines", which, on the one hand, have clear medical prescriptions for their use, and on the other hand, become the object of advertising, that is, a certain image that no longer corresponds to the thing it represents. The myth of the panacea is produced on the basis of the principle of universality, that is, distribution to the entire audience. Neither the content of the warning about the threat of self-medication, nor the form (large fonts written in capital letters) play a role, because the recipient perceives the advertising text as an image that contains the name, possibly the brand, and the myth of easy and quick healing. As a result of the iconic turn described by W. Benjamin, M. McLuhan, as a result of the inventions of the printing press and photography technology, images and signs are imprinted in the modern person first, and the text second. Therefore, the recipient remembers images: an arrow that kills pain; bubbles in a glass that act quickly in the body; a pack of medicines with muscles, which cures a cold in a day; enlarged molecules or microparticles of chemical compounds that instantly cure the patient, etc. The principle of action of the panacea can be used in the advertising of pseudoscientific practices, folk medicine, and also transferred to other spheres of social life, primarily economy and politics. Such an example is the integration of the panacea myth into the myth of the missionary role of economic reforms or the political leader.

One of the main ways of producing modern myths through advertising, especially regarding medicinal products, is an appeal to hero archetypes. The hero-creator is a component of modern social myths that emphasize development, denying chaos. In the context of drug advertising, the antinomy between the cultural hero and the trickster is primarily actualized. At the same time, they can be depicted as two opposing forces, or they can appear as one person, whose spontaneous and spontaneous actions are ultimately aimed at creating a system, at the construction of a deconstructed world [4, p. 39]. In advertising, a certain force brings chaos to established orders, both at the level of small social groups and large ones (children who made a mess in the room; illness that put the family to bed; townspeople who celebrated all day and piled up mountains of unwashed dishes). The cultural hero offers a solution and dialectically restores the renewed order. Such social myths form in the mass imagination not only the understanding of the need to preserve essential social norms and rules through compromising actions, but also the belief in certain leaders who have the competence to propose them.

An important role in myth-making by means of advertising, as well as in the consolidation of certain images and stereotypes in the mass consciousness, is played by the authority of individual persons or

institutions. In this context, the archetype of the hero-sage is exploited. As Yu. Bondarenko notes, any new information that an individual receives is "filtered" through the system of stereotypes formed in the process of primary socialization and under the influence of previous experience [5, p. 13]. Mastering the relevant norms and rules involves the formation of subjective inclusion in the system of myths, stereotypes, certain elements of ideological teachings, which is perceived by him as an integral model of social reality, as an objective picture of the world, with a shift in the emphasis in knowledge of the world from an orientation on establishing the truth to the proclamation of "his" truth.

Such a tendency is indicated by an appeal in the advertising message to authoritative persons in the relevant fields or famous figures of culture, art, and sports, who confirm the "truth" of the advertised advertising myth. For example, in the advertising of hygiene products or medicines, the phrases "recommended by the association of doctors/dentists" etc. or "No. 1 according to the recommendation of dentists" are used. Often, such a message comes from a person who presents himself as a scientist in the relevant field. Therefore, an advertising myth is created about the effectiveness of a particular tool as the best among similar ones. Sportswear brands focus on the advertising myth that it is clothing that allows you to achieve the appropriate results. However, there is also a tendency to focus on the possibility of success for everyone who follows the example of authorities. Thus, the company "Nike" in image advertising proclaims the slogan "Greatness in each of us" in the advertising message without emphasis on clothes or shoes, but on the mass participation of people in sports events.

Given that such actions go beyond myth-making and are a manifestation of destructive manipulation and a violation of the laws of fair competition, such actions are prohibited in many countries. Thus, in accordance with Article 21 of the Law of Ukraine "On Advertising", the use of "recommendations or references to the recommendations of medical professionals, scientists, medical institutions and organizations regarding advertised goods or services" and "images and mentions of the names of popular people, movie heroes" in the advertising of medicinal products is prohibited -, television and animated films, authoritative organizations" [6]. Accordingly, a number of companies, without abandoning the use of myth-making tools, use "average" people who express their opinion about the product in advertising their products (for example, Sensodyne toothpaste), while in the advertising message, marker words can be used to indicate authority ("problem expert", "best remedy", etc.).

#### References

1. Slyusar M. V. Myth-making by advertising means: socio-philosophical and historical-philosophical discourses. *Zhytomyr Ivan Franko State University Journal. Philosophical Sciences*. 2021. Vol. 1 (89). P. 138 – 147.
2. Slyusar V. M., Koval V. O. Advertising in the modern urban space: a socio-philosophical analysis. *Zhytomyr Ivan Franko State University Journal. Philosophical Sciences*. 2020. № 2 (88). С. 146-156.
3. Ventola C. L. Direct-to-Consumer Pharmaceutical Advertising: Therapeutic or Toxic? *Pharmacy and Therapeutics*. 2011. Oct. 36 (10). P. 669 – 684.
4. Ковтун Н. М. Структурно-функціональний аналіз архетипу культурного героя: монографія. Житомир: Видавництво ЖДУ ім. Івана Франка, 2019. 182 с.
5. Бондаренко Ю. О. Міфотворення як соціальна технологія. *Соціологічні студії*. 2012. № 1. С. 11 – 16.
6. Закон України Про рекламу. Відомості Верховної Ради України (ВВР). 1996. № 39, ст. 181. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/270/96-%D0%B2%D1%80#Text>



## **СЕКЦІЯ 2. РОЗУМІННЯ РОЛІ, ЗНАЧЕННЯ, РІВНЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ТА ЦІННОСТІ ЛІКАРЯ СУЧАСНИМ СУСПІЛЬСТВОМ (ГЛОБАЛІЗОВАНИЙ СВІТ ТА УКРАЇНСЬКІ РЕАЛІЇ)**

### **РОЗУМІННЯ РОЛІ ТА ЦІННОСТІ ЛІКАРЯ СУЧАСНИМ СУСПІЛЬСТВОМ**

*Марков Юрій Іванович,  
кандидат медичних наук, доцент кафедри  
анестезіології та інтенсивної терапії,  
Національний університет охорони здоров'я України  
імені П.Л. Шупика, м. Київ*

**Анотація.** У статті висвітлені різноманітні аспекти професійної діяльності лікаря у сучасному суспільстві. Наведено посилання на авторитетних вітчизняних та закордонних лікарів (серед них М. Амосов, О. Шалімов, Д. Чеснаут), які постійно слідували високим етичним нормам і правилам у своїй практиці. Вказані деонтологічні особливості спілкування лікаря-початківця із середнім медичним персоналом та роль медичної сестри в лікувальному процесі. Висвітлено проблеми, пов'язані з обґрунтованою згодою пацієнта на медичне втручання, конфліктом інтересів, професійними інноваціями, дослідницькою та освітньою діяльністю лікаря у сучасному суспільстві.

**Ключові слова:** роль лікаря, сучасне суспільство, деонтологічні особливості спілкування, етичні норми.

### **UNDERSTANDING THE ROLE AND VALUE OF THE DOCTOR IN MODERN SOCIETY**

*Yu.I. Markov, Department of anesthesiology and intensive care,  
Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine*

**Abstract.** The article highlights various aspects of a doctor's professional activity in modern society. References are given to famous domestic and foreign doctors (among them M. Amosov, O. Shalimov,

D. Chesnaut) who constantly followed high ethical norms and rules in their practice. The deontological features of the communication of the novice doctor with the medical staff and the role of the nurse in the treatment process are indicated. Problems related to the informed consent of the patient to medical intervention, conflict of interests, professional innovations, research and educational activities of the doctor in modern society are highlighted.

**Key words:** the role of the doctor, modern society, deontological features of communication, ethical norms.

**Вступ.** Стан здоров'я населення значною мірою залежить від системи охорони здоров'я, ключовою фігурою якої є лікар. Розуміння ролі лікаря суспільством створює передумови для його ефективної діяльності, що поширюється на всі напрямки людського життя. Робота лікаря наповнена моральною, психічною, етичною та фізичною напругою. Ця гуманна професія відноситься до однієї з найскладніших у сучасному суспільстві. Одна з особливостей цієї професійної діяльності полягає у тому, що лікар має справу з хворою людиною, психіка якої в тій чи іншій мірі змінена її хворобою. Робота в умовах постійного контакту з пацієнтами, схильними до не завжди адекватних психічних реакцій, ставить перед медичними працівниками не тільки певні професійні, але й високі людські вимоги. Діяльність лікаря сьогодні пов'язана з професійними інноваціями, дослідницькою та освітньою практикою у сучасному суспільстві, що ґрунтується на основоположних принципах біоетики. А етичні принципи здатні змінюватися з плином часу [1].

**Мета та задачі дослідження.** На підставі аналізу літературних джерел та власної клінічної практики встановити основні етичні проблеми, які зустрічаються в професії лікаря.

#### **Викладення основного матеріалу**

У свій час автору доводилося працювати санітаром, фельдшером а пізніше, після закінчення інституту, лікарем (різних спеціальностей у різних закладах охорони здоров'я і до того ж у різних містах України) і неодноразово виникала думка, що в суспільстві дуже високі вимоги до медичних працівників, зокрема, до лікарів.

Для успішної діяльності в медицині, окрім фахової кваліфікації, потрібні прояви й особистих якостей. Як зазначав О. Шалімов: «Вчитися, вчитися все життя. Не пасувати перед труднощами. Життя далеко непросте. Бувають невдачі, бувають поразки, буває несправедливість. Але як би

важко не було, треба брати себе в руки, вставати, якщо впав, і йти далі. Не можна зупинятися на досягнутому. Треба весь час працювати. І, нарешті, лікар зобов'язаний бути гуманістом – це закон нашої професії» [2].

Значний потік інформації та збільшення термінологічних понять призвело до проблем з використання цієї інформації, що набуває сьогодні величезного значення [3]. Вчитися у наш час стає все дедалі складніше... Тільки за останні роки освітній процес в країні зіткнувся з надзвичайно непростими викликами з боку суспільства, що потерпає від лихоліття підступної пандемії а потім ще й від гібридної війни... Як у таких умовах вчитися студентам, інтернам а практикуючим лікарям підвищувати свій рівень знань? Начебто, знайдено вихід: дистанційні форми навчання за допомогою освітніх платформ, розміщених в інтернеті! Але проблеми з нестабільністю електропостачання, перебої з інтернетом нерідко зводять усі подібні спроби навчатися нанівець! Який вихід з такої ситуації, що, начебто, заганяє усіх учасників освітнього процесу у глухий кут? Тут буде доречним пригадати досвід лікарів під час Другої світової війни, які пізніше (по закінченні тієї війни) стали ще й відомими вченими. Приклади з професійного життєпису видатних хірургів академіків Олександра Шалімова та Миколи Амосова є показовими в цьому контексті. Війна, голод, розруха економіки з набагато серйознішими проблемами (і не тільки в електропостачанні) ніж сьогодні. Але глибоке і відповідальне ставлення до вирішення нагальних практичних завдань у надзвичайно складних тодішніх умовах сприяло професійному зростанню військових лікарів, зокрема хірургів.

Сама професія лікаря висуває високі вимоги до інтелекту особистості, його пам'яті, фізичних характеристик. Зараз на слуху таке поняття як «безперервний професійний розвиток». Воно зрозуміле і потрібне... А стосовно збереження власного фізичного розвитку якось говорити і не прийнято. Натомість можна почути: «Allis inserviendo ipse consumog» (Світязи іншим, згораєш сам). Уявіть собі напад на бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги із застосуванням холодної зброї (а якщо це вогнепальна зброя?) уночі (випадок із реальної власної лікарської практики) і як діяти лікарю у такій позаштатній ситуації? Зрозуміло: добре слово тут не допоможе! Як заспокоїти та вгамувати нападника? А часу для виклику поліції може й не бути. Його немає. Оборонятися треба негайно. Про можливі нестандартні ситуації на передгоспітальному етапі надання медичної допомоги відомо давно. Але не менш драматичні ситуації можуть виникнути і у закладах охорони здоров'я. І далеко не завжди рідні та близькі пацієнтів з розумінням ставляться до невизначених результатів лікування. Автору доводилося стримувати психологічний тиск з боку батька дитини, якій проводили у протишоковій палаті реанімаційні заходи, куди доправили його доньку у стані клінічної смерті. Батько голосно кричав, вимагав негайно відповісти на запитання чи повернеться до життя його донька. Загалом, його психічна реакція на критичну ситуацію була зрозумілою. Але... дуже непросто було йому пояснити, що якщо він не відпустить лікаря, то результат реанімації точно буде негативний і винуватцем цього буде саме він!.. Приблизно через місяць прийшла уся сім'я подякувати за врятоване життя, але скільки було витрачено психічних та фізичних зусиль...

Одним із найважливіших принципів медичної допомоги є дотримання безпеки пацієнтів. Останній передбачає зусилля цілого суспільства (а не тільки системи охорони здоров'я) по забезпеченню безпечних умов праці лікаря у різних напрямках його професійної діяльності, але лікар повинен мати можливість комфортно працювати у відповідних санітарно-гігієнічних умовах, у нього повинен бути персональний комп'ютер з постійним доступом до Інтернету, належні житлові умови (для нормального існування), власний автомобіль... Під час роботи на швидкій (екстреній) допомозі на одній із підстанцій (сьогодні – відділень екстреної медичної допомоги) столичної Станції швидкої медичної допомоги (зараз – КНП «Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф міста Києва») трапився екстраординарний випадок, коли вночі на підстанцію прибігли батьки з малою дитиною, яка перебувала у критичному стані. На підстанції була лише одна вільна лікарська бригада, бо у них вийшов з ладу санітарний транспорт (як-то кажуть, зламався). Лікар, після надання необхідної невідкладної медичної допомоги, доправив маленького пацієнта (оскільки той потребував термінової госпіталізації) власним транспортом, яким він приїхав на роботу, до лікарні. Ситуація, коли відлік часу йде на хвилини і яка не прописана протоколами... Інколи практичні ситуації вимагають від лікаря не тільки знань та умінь а ще й сміливості і мужності.

Свій «внесок» у популяризацію професії лікаря привнесла пандемія COVID 19. Наші пацієнти тепер вже знають, що є така спеціальність як лікар-анестезіолог, що крім термометра та тонометра у кожній домівці повинен бути портативний пульсоксиметр... А найерудованіші наші

співгромадяни вживають такі поняття як «сатурація» чи «температурна реакція» і, навіть, знають при яких крайніх значеннях відповідних показників звертатися за допомогою до диспетчера екстреної (швидкої) медичної допомоги.

Етична поведінка завжди була глибоко вкорінена в практичну медицину, але обговорення етики нещодавно стало важливою складовою хірургічної практики. Так, видатні вітчизняні хірурги М. Амосов та О. Шалімов не тільки постійно слідували високим етичним нормам і правилам. Вони розробляли та впроваджували нові методи діагностики, лікування і профілактики лише після ретельного вивчення їх в експерименті на тваринах. Так, при розгляді летальних випадків у клініці, яку очолював професор Микола Амосов, при клінічному розборі виступали не тільки черговий палатний лікар, оперуючий хірург і його асистент, анестезіолог а й медсестри і, навіть, санітарки, які доглядали за цим хворим. Микола Амосов прагнув максимально підвищити безпеку пацієнта і боровся за зведення до мінімуму кількості інтаропераційних ускладнень, особливо у тяжких хворих, яким проводились складні операції зі штучним кровообігом [4].

Слід зазначити, що в Україні збереглася тенденція, успадкована від минулих часів, надання неналежного статусу медичної сестри. Насправді ж у цивілізованих державах авторитет медичної сестри надзвичайно високий, про що відверто повідав авторитетний американський акушерський анестезіолог Девід Чеснаут: «Скромність та самокритичне ставлення до власних можливостей, безперечно позитивно характеризує лікаря. Тим не менш авторський багаторічний досвід роботи завідувачем відділенням та керівником програми для резидентів дозволяє стверджувати, що найкращим прогностичним тестом успішної подальшої роботи молодого резидента є його реакція на критику з боку колег та середнього медичного персоналу» [5].

Про важливу роль медсестри клінічного відділення доповіла на Британсько-Українському симозіумі з анестезіології, інтенсивної терапії та медицини болю (24-26 вересня 2008 р., м. Київ) Джулія Комбітзі (Великобританія, University College London Hospitals), підкресливши високий статус середніх медпрацівників в лікувальному процесі. У разі необхідності медсестри здатні здійснювати інтубацію трахеї, проводити респіраторну підтримку, приймати участь у лікувальних заходах при критичних і термінальних станах тощо. Медсестринський процес робить суттєвий внесок в пом'якшення впливу критичного стану, тобто в сприйняття пацієнтом того, що відбувається, а також у попередження подальшого погіршення та ускладнень. Так, у відділенні інтенсивної терапії медична сестра є ключовою фігурою. Вона забезпечує цілодобовий догляд за хворим, безперервність догляду (передача хворого від медсестри до медсестри) та його цілісність, оскільки центрі догляду є пацієнт; медсестра долучається до спілкування з іншими членами медичної бригади, документує всі медичні процедури в листі лікарських призначень; робить значний внесок у рішення, які приймаються під час огляду. При цьому забезпечується безпека хворого: приліжкове обладнання постійно перевіряється з метою попередження проблем, яким можна запобігти, контролюються параметри апаратури для вентиляції та систему сповіщення моніторів, забезпечує оцінку стану хворого, розпізнає на попереджає команду про потенційні проблеми. У розвинених країнах спостерігається тенденція розширення повноважень медсестер у напрямку лікарських маніпуляцій, а в Україні на жаль, сучасний лікар нерідко обтяжений роботою, яку повинна здійснювати медична сестра.

Від сучасного лікаря значною мірою залежить процес гуманізації сучасної медицини, який має відбуватися на біоетичних принципах та цінностях. Такі поняття як «інформована згода», «конфлікт інтересів» та інші потребують особливої уваги, з поправкою на реформування вітчизняної медицини. Так, у розвинених країнах здійснюється сертифікація фахівців з конфлікту інтересів, у США прописані базові та додаткові елементи інформованої згоди на федеральному рівні тощо.

Інформація про операцію та анестезію й пов'язані з ними ризики повинні бути надані пацієнтам якомога раніше при запланованому оперативному втручанні чи маніпуляції. Під час інформування пацієнта або уповноваженої особи (опікун або піклувальник) лікар повинен обґрунтувати лікування та передумови для використання запропонованого лікувального підходу; основні очікувані результати та обговорення особливостей хвороби й самого пацієнта, що можуть вплинути на результат; основні небезпеки лікування, серед них імовірність, тяжкість та час появи можливих побічних ефектів; обґрунтування альтернативних методів лікування тощо.

«Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення і на присутність або участь учасників освітнього процесу» [6] не звільняє лікаря від відповідальності за нанесення шкоди здоров'ю цим проведеним втручанням. Вона лише реалізує на практиці право пацієнта не піддаватися ризику, пов'язаного з медичним

втручанням, на власний розсуд. Якщо після розмови з хірургом та анестезіологом у пацієнта виникають додаткові запитання, то лікарі повинні дати на них відповідь, а деталі обговорення повинні бути зафіксовані в тексті інформованої згоди.

Деякі пацієнти, з релігійних та інших особистих причин, можуть висловити свою загальну згоду на лікування, відмовляючись від конкретних аспектів цього лікування. Лікар повинен максимально дотримуватися цих побажань. Наприклад, деякі пацієнти можуть відрізнятись у релігійній прийнятності процедури переливання крові. Передопераційна оцінка пацієнта та його підготовка до оперативного втручання передбачає огляд анестезіологом з доведенням до відома пацієнта цілої низки різноманітних аспектів підготовки пацієнта стосовно анестезіологічного забезпечення оперативного втручання. Це, насамперед, передопераційне голодування, введення і наслідки премедикації, транспортування від поступлення у заклад охорони здоров'я до передопераційної, введення внутрішньовенного катетера, інтраопераційний моніторинг (неінвазивний чи інвазивний), індукція загальної або місцевої анестезії (і що може вплинути на зміну протоколу анестезії), які плануються використовувати внутрішньовенно медикаменти і розчини, можливий дискомфорт в операційній та після операції (наприклад, наявність сечового катетера чи ендотрахеальної трубки), умови, за яких здійснюють переведення в палату післянаркозного пробудження (відділення інтенсивної терапії, хірургічне відділення); які особливості пробудження та відновлення після анестезії; а також – як буде здійснюватися знеболювання у післяопераційному періоді [7].

«Анестезіологія та інтенсивна терапія» посідає особливе місце серед інших медичних спеціальностей, насамперед, завдяки її досить високій соціальній значимості, вираженій гуманістичній складовій, міждисциплінарному характеру, моральним вимогам до особистості та інтелектуальних здібностей лікаря-анестезіолога. Останнє передбачає високий рівень знань, адже саме вони так необхідні при вирішенні складних завдань (поміж них багато етичних), що виникають під час клінічної практики. Серед таких розглядають: різноманітні аспекти складних оперативних втручань та їх анестезіологічного забезпечення, ризик анестезії та його оцінка, періопераційна летальність, проевтаназійна риторика помираючих хворих, марні сподівання рідних і близьких стосовно пацієнтів, які перебувають у стані агонії і, у зв'язку з цим, безпідставні претензії до лікарів щодо безпорадності сучасної медицини; заборона прямого переливання крові як єдиного і останнього шансу врятувати людське життя, різноманітні аспекти трансплантології: від констатації смерті мозку потенційного донора до очікування черги реципієнтів, наслідки медикалізації чи самолікування.

Прийняття рішень біля помираючого пацієнта, смерть та сам процес помирання донедавна були предметом приватних обговорень, обмежених рамками специфічних релігійних вірувань та культурних звичаїв. Серед важливих проблем, які доводиться при цьому вирішувати лікарю-анестезіологу – причини, що призводять до смерті, труднощі в ідентифікації одного із етапів життя помираючого пацієнта, періопераційний статус «Do not resuscitate» – невиконання реанімаційних заходів при термінальних стадіях хронічних захворювань чи онкологічного процесу. У разі негативного результату серцево-легеневої реанімації лікар, який тільки-но звільнився від фізично і емоційно напруженого ритму лікувальних заходів, попадає під психологічний тиск з боку родичів пацієнта, якого «втрачено». В оглядових, наукових публікаціях та статтях у пресі все частіше висловлюється думка про те, що обставини, за яких виникають летальні наслідки, зокрема стосунки персоналу і рідних далекі від ідеальних. До сумнівів родичів стосовно повноти охоплення діагностики і якості лікування додається психологічна напруга очікування результату експертної оцінки карти стаціонарного хворого, якщо громадянин був застрахованим. Це обумовлює підвищені вимоги до ведення лікарем медичної документації. Таким чином, існуюча проблема помираючого пацієнта, особливо в непаліативній медицині, має цілу низку аспектів, що потребують міждисциплінарного обговорення за участі фахівців з біоетики, медичних працівників, серед них анестезіологів, та потребує правового врегулювання [8].

Останні досягнення хірургії та інших розділів медицини стали можливими завдяки прогресу анестезіології та інтенсивної терапії. На сьогодні не можна уявити виконання великих оперативних втручань без анестезіологічного забезпечення. Анестезіолог під час періопераційного періоду повинен контролювати функції життєво важливих органів, здійснювати знеболювання пацієнтів та має бути компетентним у багатьох напрямках медицини. Високий соціальний попит, технологічність та стрімкий науковий розвиток, постійне впровадження нових діагностичних та лікувальних технологій визначають важливість цієї медичної спеціальності.

Але слід констатувати, що суспільство не завжди належним чином оцінює практикуючого лікаря. Нерідко лікаря сприймають як працівника, зобов'язаного виконувати примхи пацієнта. Останній може мати низький освітній статус, шкідливі звички та врешті-решт нехтувати призначеннями лікаря. При цьому хворий нерідко себе позиціонує як замовника певних послуг, наприклад, в пластичній хірургії, і вважає себе «клієнтом», який завжди правий а негативні результати лікування часто трактуються як помилки лікаря. І тут вже підключається суспільство з його упереджувальними караючими підходами, успадкованого від минулих часів [9].

#### **Висновки**

1. Основними етичними проблемами лікаря у сучасному суспільстві є невідповідність високих професійних вимог реальним можливостям медичних працівників.
2. Існуючі проблеми в суспільстві на тлі лихоліття, пов'язаного з пандемією COVID 19 та гібридною війною в країні ускладнюють можливість ефективної діяльності лікаря та його безперервного професійного розвитку.
3. Сучасне суспільство повинне сприяти зростанню престижу професії лікаря.

#### **Список використаних джерел**

1. Jones D.S., Grady C., Lederer S.E. "Ethics and Clinical Research" – The 50th Anniversary of Beecher's Bombshell. N Engl J Med. 2016 Jun16;374(24):2393-2398.
2. Матеріали XXIV з'їзду хірургів України, присвяченому 100-річчю з дня народження академіка О.О. Шалімова, 26-28 вересня 2018 р., м. Київ. С. 5.
3. Туровська Л. Сучасні аспекти дослідження української термінологічної лексики / Зб. Матеріалів наук.-пр. конф. «Українська наукова термінологія. Суспільні та гуманітарні науки», № 3. Київ, 12 листопада 2010 р. С.
4. Лоскутов О.А., Бондар М.В., Марков Ю.І., Болюк М.В., Єфименко Р.А. Сторінки історії анестезіології України (присвячується 100-річчю Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика). Київ: МВЦ Медінформ, 2018. 155 с.
5. Chestnut D.H. The Fred Hehre Lecture 2006. Lessons learned from obstetric anesthesia. Int J Obstet Anesth. 2008 Apr; 17(2):137-45.
6. Форма первинної облікової документації № 003-6/о «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення і на присутність або участь учасників освітнього процесу» / Наказ Міністерства охорони здоров'я України 14.02.2012 № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 09 грудня 2020 року № 2837) Із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 2837 від 09.12.2020; № 549 від 08.08.2014, № 2837 від 09.12.2020.
7. Лоскутов О.А., Бондар М.В., Годуров Б.М., Гуменюк М.І., Галушко О.А., Марков Ю.І., Кучинська І.А. Оцінка передопераційного статусу пацієнта і підготовка до оперативного втручання: навчально-методичний посібник. Київ, 2019. – 228 с.
8. Марков Ю.І. Проблема помираючого пацієнта: погляд анестезіолога / Правове регулювання темпоральних меж життя людини: матеріали засідання «круглого столу», м. Київ, 22 жовтня 2019 року / укладач Я.О. Триньова. К., 2019. С. 73-78 (143 с.).
9. Кундиев Ю.И. «Дело врачей» – 60 лет спустя / Научный журнал МОЗ Украины. - 2013. - № 2. - С. 156-162.

### **КОНЦЕПЦІЯ РОЗРОБКИ ІННОВАЦІЙНИХ СТРАТЕГІЙ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ ОРГАНІЗАЦІЙ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ У ПЕРЕДОВИХ КРАЇНАХ СВІТУ**

*Бугайчук Оксана Василівна,  
аспірантка спеціальності 073 «Менеджмент»  
кафедри управління та адміністрування,  
Воронкова Валентина Григорівна,  
д. філос. н., професор,  
в.о. зав. кафедри управління та адміністрування,  
Інженерний навчально-науковий інститут ім. Ю.М.Потебні  
Запорізького національного університету*

Актуальність теми дослідження у тому, що цифрова та інтелектуальна трансформація лікарень, розробка інноваційних стратегій розвитку організацій медичної сфери у передових країнах світу є неминучою тенденцією. Побудова нового покоління центрів обробки даних для лікарень, підтримка взаємозв'язку даних і побудова додатків є ключовим проектом на шляху до

високоякісного розвитку лікарень. В останні роки високоякісний розвиток державних лікарень сформував концепцію розробки інноваційних стратегій розвитку цифрових технологій, таких як інтелектуальне медичне обслуговування, розумні послуги, інтелектуальні наукові дослідження з використанням технологій великих даних і штучного інтелекту як технічних засобів. Інноваційні стратегії розвитку цифрових технологій продемонстрували потужну тенденцію, яка привела до нових наукових відкриттів, прискорила технологічний прорив у діагностиці та лікуванні захворювань, реструктуризувала систему медичних послуг, відіграючи інноваційну та провідну роль. Цифрова трансформація стала важливою опорою для підвищення якості та ефективності лікарень на фоні їх якісного розвитку. Якщо керівники лікарень прагнуть забезпечити «розумну медичну допомогу» для медичного персоналу, «розумні послуги» для пацієнтів, «розумне управління» та «розумні наукові дослідження» для лікарень, це стане основою трансформації та модернізації інформаційних систем лікарень. Якісний розвиток державних лікарень висуває чіткі вимоги до інформатизації, для чого необхідно «посилити допоміжну роль інформатизації». Інформатизація базується навколо загальної ідеї «активації ресурсів даних, покращення лікарень, стимулювання життєдіяльності персоналу та підвищення якості лікування. Цифрова трансформація організацій медичної сфери – це свого роду стратегічне мислення. Необхідно реалізувати цю концепцію зверху вниз, щоб кожен міг зрозуміти, як використовувати концепцію «цифрування» для вирішення проблем медицини. В останні роки концепція обробки даних лікарень поступово вдосконалювалася, і все більше людей сподіваються використовувати цифрову платформу для використання даних для пошуку та вирішення проблем. Такий спосіб мислення ще більше сприяв цифровій трансформації та розвитку лікарень, за допомогою технології штучного інтелекту даними, якими можна керувати та перетворювати їх у придатні для використання ресурси даних, надаючи клінічним відділенням персоналізовані послуги даних, такі як вилучення даних, інтелектуальний аналіз, моделювання та розробка алгоритмів [1]. Цифрова трансформація лікарень стикається з багатьма проблемами, які в основному включають три аспекти: по-перше, відносна відсутність професійних талантів, для отримання потужної технічної підтримки, окрім навчання персоналу, широка співпраця з технологічними компаніями; по-друге, зв'язок теорії з практикою клінічної науково-дослідної роботи; по-третє, вдосконалення професійних можливостей цифрового персоналу. Побудова цифрової платформи даних наукових досліджень має відповідати потребам складних клінічних наукових досліджень, включаючи функції запити даних, експорту та інших функцій існуючої платформи наукових досліджень. Нові цифрові платформи можуть задовольняти різні потреби для забезпечення підтримки клінічних досліджень. Високоякісні дані можуть допомогти лікарням ефективно керувати, розширити можливості ефективних клінічних досліджень, дослідники можуть впроваджувати більше медичних інновацій на основі високоякісних даних. У майбутньому кожен працівник лікарні повинен мати можливість стати експертом з даних, щоб швидко навчитися їх використовувати. Працівники лікарень можуть використовувати цей інструмент для швидкого створення власної моделі даних відповідно до власних потреб медицини. Основна увага зосереджена на трьох аспектах: по-перше, зміцнення конструкції цифрової платформи лікарні; по-друге, зміцнення можливостей глибокого технічного обслуговування та виробництво високоякісних продуктів для клінічних послуг; по-третє, нові зміни, спричинені технологією великих даних і штучним інтелектом. Необхідно створити нову технологічну платформу лікарні, для чого підвищувати інформаційну грамотність усіх співробітників і розвивати нове мислення щодо цифрової трансформації. Тільки таким чином лікарня зможе досягти більшого прогресу у цифровій трансформації. Перше – це побудова бази даних, включаючи підготовку даних, побудову платформи даних, захист безпеки даних тощо; друге – це побудова інтелектуального «мозку» з цифровими можливостями, а саме прийняття медичних рішень, розвиток наукових досліджень. Інформаційна база + інтелект можуть бути основою концепції інноваційних стратегій розвитку організацій медичної сфери. Медичний працівник повинен стати експертом з даних, експертом у наукових дослідженнях і експертом з менеджменту, але всі вони потребують підтримки цифрової платформи, щоб стимулювати трансформацію всієї медичної галузі. Трансформація лікарень повинна дотримуватися наукових і технологічних інновацій, сприяти глибокій інтеграції цифровізації, інтелектуальних технологій і медичної промисловості, розумній трансформації та модернізації та високоякісному розвитку медичної галузі. «Платформа інтелектуального управління нового покоління» та «платформа для дослідницьких відділень» розширюють можливості інтелектуальної клінічної практики лікарні, інтелектуального управління та інтелектуальних досліджень, покращують медичну якість лікарні, досвід пацієнтів, здатність до управління та здатність до клінічних наукових досліджень.

Інтелектуальне рішення інноваційних стратегій розвитку організацій медичної сфери включає чотири основні значення: взаємозв'язок даних, інновації та підвищення ефективності, точне управління, управління безпекою та контроль, що всебічно сприяє спільним інноваціям, діагностики та лікування, покращує рівень точного управління, сприяє якісному розвитку лікарень і прискорює їх цифровізацію. Сьогодні цифровізація означає технологічну трансформацію та інноваційний тренд у всіх сферах життя. Лідери в галузі медицини та охорони здоров'я повинні зробити медичну систему більш перспективною для зміни; зробити систему більш ефективною; пацієнти та лікарі можуть легше прийняти нову цифрову медичну допомогу. Штучний інтелект продовжує розвиватися в лікарнях, сила нового покоління штабів зробила оцифровку основними вимогами медичних послуг. В умовах епідемічної ситуації створюється сприятливе середовище для подальшого розвитку цифрової медичної допомоги. На технічному рівні штучний інтелект уможливив дослідження та розробку вакцин, клінічну діагностику, медичну візуалізацію, популяризація цифрових кодів охорони здоров'я. Таким чином, побудова інфраструктури медичних великих даних заклала міцну основу, об'єктивно сприяючи цифровій трансформації лікарень. У контексті розвитку ери цифрової економіки цифрова потужність приносить бурхливий розвиток цифрової галузі охорони здоров'я та вказує на ефективний напрямок цифрової медичної індустрії [2].

#### Список використаних джерел

1. Воронкова В.Г., Андрюкайтене Р. Тенденції розвитку філософії медицини ХХІ століття у контексті зарубіжного досвіду. Збірник матеріалів ІІІ Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (24-25 лютого 2022 року). Запоріжжя: ЗДМУ, 2022. С.10-13.

2. Нікітенко В.О., Воронкова В.Г., Олексенко Р.І. Медицина майбутнього у контексті філософського осмислення. Збірник матеріалів ІІІ Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (24-25 лютого 2022 року). Запоріжжя: ЗДМУ, 2022. С.231-234.

3. Утюж І. Г., Кабаков А. О. Вплив індивідуалізованої медицини на практику прийняття управлінських рішень. Збірник матеріалів ІІІ Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (24-25 лютого 2022 року). Запоріжжя : ЗДМУ, 2022. С. 27-29.  
УДК 336.018:621.3(477)

### ЦИФРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ МЕДИЦИНИ У КРАЇНАХ ЄС

*Бурашнікова Олена Сергіївна,  
аспірантка спеціальності 073 «Менеджмент»  
кафедри управління та адміністрування,  
Воронкова Валентина Григорівна,  
д. філос. н., професор,  
в.о. зав. кафедри управління та адміністрування,  
Інженерний навчально-науковий інститут ім.Ю.М.Потебні  
Запорізького національного університету*

Пандемія зробила дані про здоров'я ключовими для формування заходів охорони здоров'я та реагування на кризи. Щоб повною мірою використати потенціал цифрових даних про здоров'я, а також прискорити темпи обміну та використання даних, у травні 2022 року Генеральний директорат ЄС з охорони здоров'я та безпеки харчових продуктів запустив Європейську схему простору даних про здоров'я (EHDS). Європейський Союз планує інвестувати 5,7 мільярда, щоб започаткувати план простору даних у сфері охорони здоров'я. EHDS надасть мешканцям ЄС більш інноваційну та вдосконалену систему медичної підтримки, подолає бар'єри даних у медичній галузі та сприятиме ефективному використанню даних. Офіційний веб-сайт Європейського Союзу показує, що ефективне використання та обмін даними про здоров'я може принести користь як окремим особам, так і колективу одночасно. З одного боку, розумний обмін даними про здоров'я може дозволити людям легко отримувати доступ до даних, ділитися ними та зберігати більший контроль над ними; з іншого боку, дослідники, компанії можуть отримувати більш повні дані в законному та безпечному контексті, а потім застосовувати їх для медичних досліджень, інновацій та прийняття рішень.

EHDS є одним із основних компонентів Європейського союзу охорони здоров'я. Його запровадження покликане забезпечити підтримку відповідності для повного використання потенціалу застосування даних про здоров'я на правовому рівні. Ця пропозиція допомагає людям контролювати власні дані про здоров'я, підтримує розробку та використання даних про здоров'я для забезпечення кращого у сфері медичних послуг, кращі дослідження та інновації, та розробляє відповідну політику, щоб мірою скористатися потенційною цінністю розвитку даних про здоров'я.

Офіційні документи свідчать, що EHDS планує повторно використовувати медичні дані у контексті відповідності законодавству. Ця ініціатива допоможе просувати європейські програми боротьби з раком і розробити практичні рішення для лікування онкологічних хворих. Крім того, EHDS рішуче підтримуватиме активацію Європейського агентства з готовності та реагування на надзвичайні ситуації в галузі охорони здоров'я. Це означає, що Європейське агентство з готовності та реагування на надзвичайні ситуації в галузі охорони здоров'я (HERA) забезпечить розробку, виробництво та розповсюдження ліків, вакцин та інших медичних товарів. EHDS створив новий Європейський комітет з простору даних у сфері охорони здоров'я, до якого увійшли представники цифрових органів охорони здоров'я та новий Європейський комітет із простору даних у сфері охорони здоров'я [1].

EHDS докорінно змінила цифрову трансформацію охорони здоров'я ЄС, ЄС робить справді історичний крок до цифрової охорони здоров'я. Епідемія змусила світ зрозуміти цінність медичних даних, подолання бар'єрів даних стало вирішальним кроком у обміні медичними даними. Наразі в ЄС все ще існують складні бар'єри, які ускладнюють реалізацію повного потенціалу цифрового здоров'я та даних про здоров'я. У Європейському Союзі дві третини держав-членів ЄС можуть надавати пацієнтам медичні довідки та послуги електронного рецепту, але лише кілька країн можуть надсилати або отримувати медичні записи пацієнтів через кордон, 11 країн все ще друкують паперові рецепти. Крім того, на момент запуску EHDS лише десять держав-членів підтримують обмін інформацією про стан пацієнтів та електронними рецептами через електронну транскордонну інфраструктуру медичних послуг ЄС. Встановлюючи єдиний стандарт даних, пацієнтам зручно отримувати міжлікарняне або навіть транскордонне лікування.

EHDS вимагає від усіх держав-членів створювати цифрові бюро охорони здоров'я, а агентства з доступу до медичних даних у різних країнах підключатимуться для покращення сумісності та транскордонного потоку даних. Щоб забезпечити безпеку даних, EHDS запровадить стандарти безпеки для сумісності та безпеки систем електронних медичних записів і вимагатиме від дослідників, компаній або державних установ доступу лише до оброблених та неідентифікованих даних. Зокрема, ініціатива EHDS базується на законі ЄС, який підтримує використання даних про здоров'я для діагностики та лікування, а також для досліджень, статистики чи суспільних інтересів. Спільне використання та відкритість медичних даних і безпека конфіденційності є набором нерозв'язних протиріч. З одного боку, Європейський Союз суворо дотримується GDPR, який відомий як «найсуворіший» закон про захист персональних даних в історії, а з іншого боку не шкодує зусиль для сприяння обміну та спільного використання даних.

Мета законодавства GDPR полягає в тому, як захистити особисту інформацію та забезпечити комплексну підтримку захисту особистої інформації. EHDS поєднується з програмою медичних досліджень, яка зараз підтримується Європейським Союзом і спрямована на розробку, використання та обмін даними в цій особливій галузі медичної промисловості. Законодавча мета EHDS полягає більше у підвищенні безпеки та можливості розробки та обміну медичними даними. На цьому етапі впровадження EHDS все ще зіткнеться з багатьма перешкодами. Наразі багато країн світу почали створювати відносно зрілі платформи великих даних у сфері охорони здоров'я та медицини та ведуть конкуренцію за ефективне управління та модернізацію технологій. Відповідно до дослідницького звіту «Цифрове здоров'я 10 років: від амбіцій до дій», опублікованого DigitalEurope, Європа створила надійний простір даних про здоров'я, що заслуговує на співпрацю [2].

Таким чином, чотири напрямки, необхідні для успішного обміну даними про здоров'я та їх використання, включають: 1) демонстрація того, як можна використовувати дані про здоров'я; 2) можливість використання безпечної та сумісної інфраструктури; 3) використання існуючих даних про здоров'я; 4) розгортання електронної охорони здоров'я, орієнтованої на пацієнта (e-охорони здоров'я) у державах-членах та в усьому ЄС. Індустрія застосування даних швидко розвивається. EHDS має певне довідкове значення для відкриття та обміну даними про здоров'я та медичними даними. Зараз активно встановлюється відкритий механізм обміну великими даними в галузі охорони здоров'я та медицини, координується побудова системи каталогів ресурсів і системи обміну даними, а також посилюється обслуговування та управління всім життєвим циклом охорони здоров'я.



Згідно з повідомленнями, в останні роки зона розвитку ЄС скористалася великими можливостями для розвитку біомедичної промисловості, зосередженої на основних областях медичної інформації, медичного обладнання та біофармацевтичних препаратів, прискореного збору ресурсів та інноваційних елементів біомедичної галузі. Вони охоплюють медичні пристрої, розробку нових технологій, біофармацевтику та управління охороною здоров'я та багато інших галузей знань, що розвивається, та сприяє високоякісному розвитку цифрової медицини [3].

Список використаних джерел

1. Воронкова В.Г., Андрюкайтене Р. Тенденції розвитку філософії медицини XXI століття у контексті зарубіжного досвіду Збірник матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (24-25 лютого 2022 року). Запоріжжя: ЗДМУ, 2022. 242 с.

2. Утюж І. Г., Кабаков А. О. Вплив індивідуалізованої медицини на практику прийняття управлінських рішень. Збірник матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (24-25 лютого 2022 року). Запоріжжя : ЗДМУ, 2022. С. 27-29.

3. Нікітенко В. О., Воронкова В. Г., Олексенко Р. І. Медицина майбутнього у контексті філософського осмислення. Збірник матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (24-25 лютого 2022 року). Запоріжжя : ЗДМУ, 2022. С.231-234.

## **МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ В РОБОТІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА**

*Варакута Ольга Анатоліївна,*

*к.мед.н., доцент кафедри стоматології післядипломної освіти,  
Запорізький державний медичний університет*

Стоматологія як наука не стоїть на місці, вона стає точнішою, її оснащення примножується, і тому роль лікаря-стоматолога в сучасних умовах тільки підвищується і формує нові вимоги не тільки до професіоналізму, а й до морально-психологічного діалогу з пацієнтом.

Лікар-стоматолог становить соціальну групу, що є однією з основних ланок системи охорони здоров'я. Ефективність роботи лікаря-стоматолога - фактор, від якого залежить здоров'я населення.

В даний час на перше місце виходять проблеми вміння налагодити контакт із пацієнтом, вміння підкорити свої інтереси інтересам хворого, але не поступаючись загальним принципам стоматології. Пацієнт для лікаря – не тільки об'єкт діагностики та лікування, а й суб'єкт зі складним психічним світом, що індивідуально реагує на хворобу та умови мікросоціального середовища. Обовязково слід враховувати його психологічні та емоційні особливості, які значно впливають на лікування.

Як і слід було очікувати, пацієнти цінують моральне ставлення та чесність лікаря-стоматолога. Пацієнти очікують, що стоматологи вислухають та зрозуміють їхні потреби, а також об'єктивно оцінять їх соціальні та культурні особливості при поясненні варіантів лікування.

Перше знайомство з лікарем-стоматологом є найважливішим фактором, що впливає на результати лікування зубів. Це пов'язано зі здатністю стоматологів зробити відвідування клініки максимально приємним і результативним явищем у житті пацієнта.

Не дивно, що пацієнти віддають перевагу стоматологам, які випромінюють почуття людяності та співчуття, оскільки ці якості полегшують зустріч зі стоматологом та сприяють кращому дотриманню режиму лікування.

Опитування та неформальні інтерв'ю, проведені з пацієнтами, показали, що пошук стоматолога, якому вони можуть довіряти і який ставитиметься до них із турботою та співчуттям, є важливим чинником.

Формуючи медичну етику стоматолога, слід звернути увагу, що емпатія сприяє довірі та розкриттю інформації, а також безпосередньо підвищує терапевтичну ефективність. Наприклад, це може бути безпосередньо пов'язане зі зниженням тривожності пацієнтів, в основному йдеться про пацієнтів, які відчувають стоматологічний страх та занепокоєння.

Важливий аспект спілкування між стоматологами та пацієнтами ґрунтується на розумінні та повазі різних культур, не враховувати даний фактор у роботі стоматолога сьогодні стало неможливим. Дослідження показали, що існують відмінності у сприйнятті стану здоров'я ротової порожнини серед різних етнічних груп. Люди різних культур по-різному сприймають похід до стоматолога або не сприймають стоматологію взагалі.

Різні культури, як правило, мають дуже різні цінності: деякі приділяють більше уваги здоров'ю своєї ротової порожнини, а інші, нажаль, зовсім не розуміють наслідки поганого здоров'я.

Теорія «культурної депривації» стверджує, що деякі соціальні групи рідше звертаються за медичною допомогою порівняно з іншими, через поганий стан здоров'я. У рамках реалій сучасного життя з упевненістю скажемо, що люди старшого покоління менше віддають перевагу походу до стоматолога. Тому, очевидно, слід активно працювати, проводити профілактичні заняття щодо догляду за ротовою порожниною не тільки з дітьми та молоддю, а також з людьми похилого віку.

Принцип естетизації стоматології сьогодні не тільки формує високий професіоналізм у роботі з пацієнтами, але і породжує нові моральні цінності в діалозі з пацієнтами.

## **ВЗАЄМОДОПОМОГА ЛІКАРІВ ЯК ЗАПОРУКА УСПІШНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТА**

*Давидова Анна Григорівна, к.мед.н., доцент;  
Курочкін Михайло Юрійович, професор, кафедра дитячих хвороб,  
Запорізький державний медичний університет;  
Капустін Сергій Анатолійович, лікар-анестезіолог,  
КНП «Міська дитяча лікарня №5» ЗМР, м. Запоріжжя*

Благо пацієнта завжди повинно бути кінцевою метою та рушійною силою роботи лікаря будь-якої спеціальності та системи охорони здоров'я і цілому. З цієї точки зору слід позбавлятися принципу перетягування ковдри на себе або ж, навпаки, підходу на зразок «моя хата з краю» при наданні допомоги хворому. Особливо це стосується медицини невідкладних станів та інтенсивної терапії, коли стан пацієнта погіршується дуже швидко, рішення слід приймати у будь-який час доби, немає можливості запросити консультантів або ж влаштувати консилиум з провідних спеціалістів будь-якого фаху. В цих ситуаціях надцінною є допомога більш досвідчених колег, колег більш вузької або, навпаки, більш широкої спеціалізації, тощо. Такий приклад взаємовиручки, готовності допомогти незалежно від часу та успішної кооперації між лікарями різних регіонів при наданні невідкладної допомоги дитині раннього віку ілюструє наступний клінічний випадок.

Дитина А., віком чотирьох місяців, надійшла до відділення інтенсивної терапії у другій половині дня в суботу з діагнозом «Суправентрикулярна пароксизмальна тахікардія». Слід зазначити, що у дітей раннього віку в цьому стані декомпенсація кровообігу та розвиток кардіогенного шоку відбувається значно швидше, ніж у дорослих. Дитині проведено комплекс медикаментозного лікування відповідно до сучасних українських та зарубіжних протоколів. Однак, жодний з показаних при даній патології препаратів, у тому числі введений повторно та у зростаючих, максимально припустимих у даному віці дозах ефекту не дав. Наступним кроком у лікуванні було проведення ургентної електричної кардіоверсії за допомогою дефібрилятора. На жаль, ні в кого зі співробітників відділення досвіду проведення даної маніпуляції не було, а при неправильному проведенні вона має побічні дії, що становлять безпосередню загрозу для життя пацієнта. Черговий лікар звернувся до співробітників центру кардіології та кардіохірургії, що знаходиться у сусідній області. Не дивлячись на вихідний день та пізній час, відсутність адміністрації лікарень, співробітник спеціалізованого центру запропонував організувати транспортування дитини. В результаті дитина у супроводі лікаря-реаніматолога та досвідченої медсестри на спеціально обладнаному реаніобілі була доставлена до кардіоцентру, де їй була надана високоспеціалізована медична допомога. Дитина одужала і була виписана додому.

Цей випадок є прикладом колегіальності, а також швидкої та ініціативної роботи чергових бригад, вміння приймати рішення та оперативно їх виконувати, що в результаті принесло задоволення результатами своєї діяльності для лікарів та забезпечило вчасне надання невідкладної допомоги та одужання маленькому пацієнту.

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ДЕОНТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

*Мазур Вікторія Іванівна,  
к.мед.наук, доцент, кафедра факультетської педіатрії,  
Запорізький державний медичний університет*

На сучасному етапі постійно обговорюється питання якісно нової форми підготовки лікарів. Це передбачає, в першу чергу, підвищення наукового рівня навчання, використання сучасних комп'ютерних технологій, ознайомлення з Європейськими протоколами діагностики та лікування, знання англійської мови. Рівень освіченості студентів ще не гарантує правильних поглядів на оточуюче середовище, навколишній світ, взаємовідносини між людьми, оцінку своєї ролі в суспільстві та в професії, оцінку місця людини в світі. В процесі навчання студента формуються моральні норми, які будуть підтверджувати цей рівень. Контакт з викладачами під час занять, з

медичним персоналом під час виробничої практики, спілкування з хворими формують норми моралі кожного студента і пов'язані з ними, а також з елементами деонтології.

На заняттях співробітники кафедри педіатрії нерозривно поєднують вивчення матеріалу з деонтологічними принципами, етичними нормами, що формує у студента відчуття відповідальності, обов'язку перед хворими дітьми та їх батьками. Вирішення завдань за алгоритмами, виконання завдань on-line без контакту з хворою дитиною та її батьками не сприяє розвитку чуйності, спостережливості, співчуття. Відсутність контактів з «реальними» пацієнтами під час занять не допоможе також досягти віри в свої знання, клінічного мислення. Контакт з «реальним» пацієнтом сприяє також процесу самовиховання студента, коли він засвоює основи деонтології разом з одержанням знань, умінь. В час розвитку цифрових технологій дуже важливо не втратити взаємовідносини між людьми, особливо між пацієнтом та лікарем. Робота студентів під час практичного заняття є творчим процесом. Це допомагає розвивати не тільки клінічне мислення, а й моральні та етичні якості. Викладачами під час практичного заняття велика увага приділяється питанням контакту студента з хворою дитиною та її батьками. У студентів формується співчуття до дитини, доброзичливість, вміння керувати своїми відчуттями. Все це відіграє роль в розвитку комунікативних навичок майбутнього лікаря, культурі спілкування, як з хворою дитиною і її батьками, так і між членами студентської групи (в майбутньому – колегами). Постійне використання гаджетів призводить до зменшення спілкування, коли можна відчути переймання співрозмовника, його розгубленість, інші емоції. Дуже важливо показати хворому свою небайдужість, співпереживання, додати віри в одужання. Більш правильно це робити дивлячись в очі пацієнту. Неприпустима байдужість. Про це повинні пам'ятати майбутні лікарі.

На практичних заняттях викладачі повинні давати не тільки «сухі» теоретичні викладки та алгоритми, а й приклади з клінічної практики про відносини між пацієнтом та хворим у різних випадках перебігу хвороби. Треба також приводити приклади з практичної діяльності видатних лікарів та вчених про взаємовідносини з хворими, навіть курйозні ситуації, які траплялися в їх житті. До питань етичного і деонтологічного виховання відноситься розбір лікарських помилок, які слід відрізняти від злочинної дії. Тому дуже важливою частиною навчального процесу є навчання на лікарських помилках, коли також розглядаються питання деонтології. У формуванні особистості медика важливе значення має знайомство з літературою, мистецтвом. Це постійна праця над собою. Тому запорукою формування і становлення лікаря має бути постійний процес самовиховання.

## **ФІЛОСОФСЬКІ ТА ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОФЕСІЙНИХ КОМУНІКАЦІЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ФАХІВЦІВ**

*Ткаченко Наталя Олександрівна,  
доктор фармацевтичних наук, професор,  
завідувач кафедри управління та економіки фармації,  
Демченко Вікторія Олександрівна,  
кандидат фармацевтичних наук,  
доцент кафедри управління та економіки фармації,  
Маганова Тамара Валеріївна,  
аспірант кафедри управління та економіки фармації,  
Запорізький державний медичний університет*

Фармацевтична діяльність – складний комплекс професійних дій (сфера науково-практичної діяльності в охороні здоров'я), що стосуються маркетингових досліджень фармацевтичного ринку, визначення потреби в окремих ліках, наукового пошуку отримання лікарських засобів (ЛЗ), досліджень щодо створення лікарських препаратів (ЛП), вивчення їх властивостей (у т.ч. безпеки та специфічної дії), розробки відповідної НТД, аналізу ЛП, стандартизації, реєстрації, виробництва, контролю якості, умов зберігання ЛЗ, інформаційного забезпечення реалізації та застосування ліків, надання фармацевтичної допомоги (ФД), підготовки та перепідготовки фармацевтичних кадрів, менеджменту фармацевтичних організацій різної ланки і рівнів. Фармацевтичну діяльність здійснюють фахівці з відповідною фармацевтичною освітою – фармацевти та помічники фармацевтів, а у процесі її здійснення утворюється певне професійне «поле відносин», яке можна поділити за суб'єктом комунікації на пари: «фармацевт – пацієнт», «фармацевт – лікар», «фармацевт – фармацевт», «фармацевт – керівник», «фармацевт – суспільство (наукова спільнота, ЗМІ, суспільні організації тощо)»

**Метою роботи** стало вивчення особливостей комунікаційних зв'язків у парах професійних відносин «фармацевт – пацієнт», «фармацевт – лікар», «фармацевт – фармацевт» з акцентом на

нормативно-правове поле їх регулювання та висвітлення проблемних етичних і філософських аспектів взаємовідносин з позиції фармацевтичного фахівця (ФФ).

Комунікація – взаємодія між людьми за допомогою вербального або невербального спілкування, обмін інформацією. Під комунікацією розуміється, в першу чергу, конструктивне спілкування, яке призводить людей до висновків і змінює їхнє життя на краще.

У будь якій комунікації важливим є зворотній зв'язок, який і відображає ефективність та результативність спілкування. Особливо це проявляється у професійних комунікаціях соціальних професій, що відносяться також і до професій публічної довіри (охорона здоров'я (ОЗ), освіта, юриспруденція тощо), а якість професійного спілкування залежить від обох суб'єктів: їх професіоналізму, відповідальності, порядності, толерантності, поваги тощо.

ОЗ – соціально важлива галузь, що є складовою національної безпеки держави та обумовлює обов'язкове державне регулювання її діяльності. Однак, враховуючи ринкові відносини сьогодення, регулюються лише загальні аспекти медичної, фармацевтичної та господарської діяльності суб'єктів даної галузі. Регулювання питань етичного і деонтологічного характеру закріплене за професійною спільнотою та прописані в Етичному кодексі фармацевтичних працівників України й Етичному кодексі лікаря України.

Вивчення відносин «фармацевт – пацієнт» та «фармацевт – суспільство» дозволило окреслити проблеми етичного характеру, які на нашу думку, пов'язані із «викривленою» роллю та місцем у суспільстві ФФ: більшість відвідувачів аптек сприймають його як «продавця ліків» або «реалізатора фармацевтичного товару». Такий стан суспільного сприйняття поглиблюється ЗМІ, ставленням лікарів до своїх колег ОЗ, бізнес-керівництвом фармацевтичних закладів і, навіть, самими ФФ.

У взаємовідносинах пари «фармацевт – лікар», також, етично не все гаразд. Аналізуючи вище згадані Етичні кодекси, можна зазначити, що для ФФ є чітко визначені правила професійного спілкування з усіма учасниками комунікативного процесу – пацієнт, лікар, колега й суспільство. Щодо лікаря, то у Кодексі виділено суспільство, пацієнта та прописано колегіальність лікарів. Не має жодного пункту, який би стосувався відносин з ФФ. На сьогодні, єдиним комунікаційним засобом у парі «лікар-фармацевт» є рецепт, що є зверненням лікаря до ФФ та повинно бути оформлене за типовими правилами. На жаль, для фармацевтів аптечних закладів лишається відсутність бажання лікарів виписувати рецепти відповідно Правил, а якість виписаних рецептів зичить кращого. Сьогодні, лікарі «важко» йдуть на контакт з ФФ, зустрічається зневажання у розмові, відсутність бажання виправляти помилки, на які коректно вказує ФФ. Серед медичної спільноти, досить часто зустрічається зневажливе ставлення до фармацевтів, коріння якого (зневажання) походить зі студентських часів. І, якщо 20 років тому студенти-медики ласкаво-іронічно зверталися до студентів-фармацевтів – «пілюлькіни» чи «порошкотери», то сьогодні звернення має зневажливий окрас – «продавці ліків»

Також «викривлення» суспільної ролі фармації спричиняють й самі ФФ, адже не один десяток років існує протистояння між науковою і практичною (бізнесовою) фармацевтичною спільнотою щодо професійної лексики: що є місією та метою фармацевтичного бізнесу? Які запити суспільства відносно ФД? Кому надається ФД – клієнту, споживачу чи пацієнту?

І доки не сформується «професійна свідомість» у кожного представника фармації – студента-майбутнього ФФ, практичного ФФ, науковця-фармацевта, бізнесмена-фармацевта, доти кожен ФФ не буде поважати себе як професіонала (що у т.ч. означає спілкування професійною грамотною мовою), до того часу буде існувати «спотворений» зворотній зв'язок у комунікаціях ФФ.

Отже, фармацевтична і медична спільнота повинна приділяти постійну увагу даному питанню. Адже головна мета професійної діяльності лікаря – збереження та захист життя й здоров'я людини, профілактика захворювань і відновлення здоров'я, а також зменшення страждань при невиліковних хворобах, при народженні і настанні смерті. Основним завданням професійної діяльності ФФ є профілактика захворювань, збереження та зміцнення здоров'я людини шляхом надання ФД. Цілі співпадають, потрібно виправляти і професійні комунікації.

## ТЕОРЕТИЧНІ, КЛІНІЧНІ, СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ ТА ДЕОНТОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ

*Хіміч Сергій Дмитрович,  
д.мед.н., професор, завідувач кафедри загальної хірургії,  
Превар Анатолій Петрович,  
к.мед.н., доцент, доцент кафедри загальної хірургії,  
Фуніков Анатолій Володимирович  
к.мед.н., доцент, доцент кафедри загальної хірургії,  
Ольхом'як Олександр Олександрович,  
к.мед.н., доцент, доцент кафедри загальної хірургії,  
Хіміч Олексій Сергійович,  
асистент кафедри клінічної анатомії та оперативної хірургії,  
Муравйов Федір Тадеушович,  
аспірант кафедри загальної хірургії,  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова*

Організація передопераційного періоду, проведення операції та післяопераційного періоду – взаємозв'язані між собою частини загального хірургічного лікувального процесу. Початкові знання цього процесу представляються ще на кафедрі клінічної анатомії та оперативної хірургії, де закладаються теоретичні засади цих періодів. Згодом, вже на кафедрі загальної хірургії, студенти опановують клінічну частину матеріалу. Для цього в тематичних планах передбачено одна лекція та одне практичне заняття під назвою: «Хірургічна операція. Перед - та післяопераційний періоди».

На цих заняттях студенти опановують визначення усіх періодів, їх призначення, способи проведення та можливі ускладнення, які можуть виникнути під час їх організації. Зокрема вказується на те, що *передопераційний період* – охоплює проміжок часу від ухвалення рішення про необхідність хірургічної операції до моменту її початку і включає комплекс діагностичних і лікувальних заходів, спрямованих на виявлення супутньої патології та корекції наявних порушень гомеостазу. Мета передопераційної підготовки – зниження ризику інтраопераційних і післяопераційних ускладнень. Цього ж притримуються і лікарі. Однак в наші дні виникли деякі складнощі, що у свій час не були скориговані у навчальний процес, на яких би ми хотіли загострити увагу як студентів, так і лікарів та викладачів кафедр хірургічного профілю:

- 1) Психологічно: лікування хворих в умовах пандемії багато в чому змінило підходи до організації передопераційного періоду (в тому числі й етико-деонтологічні питання);
- 2) Перебільшена увага до антибіотиків (неконтрольоване використання антибіотиків призвело до значної резистентності мікроорганізмів до цих ліків);
- 3) Лікування хірургічних пацієнтів часто займаються лікарі загальної практики!?!...
- 4) “Консультативні поправки в лікуванні зі сторони медичної сестри, (особливо санітарок)” в деякій мірі став набувати значимого рівня.
- 5) Догляд (безпосередня підготовка: сечовипускання, постановка клізм, підготовка операційного поля – має велике значення для передопераційного періоду) за хворими став відрізнятись між лікарнями державного підпорядкування і приватними клініками.

За тривалий час роботи в клініці нами було помічено, те що «тривале спілкування з інтернетом», пандемія Covid-19 «внесли деякі поправки» в лікувальний процес. У зв'язку з цим, нами було проведено опитування серед лікарів (45 чол.), медичних сестер (38), молодших медичних сестер (санітарок) (35) та студентів III курсу ВНМУ ім. М.І.Пирогова (40). Уім «респондентам» було задано однаково запитання: «Про що бажано розказати хворому перед операцією?» Відповіді лікарів були наступними. Про хворобу – 17%; Про операцію та її наслідки – 83%; про внутрішній розпорядок – 0%. Відповіді студентів були наближеними до відповідей лікарів: 3, 82 та 1,5% (13,5%) були ще інші відповіді. Але яке ж наше було здивування коли виявилось, що 28% медсестер та 11% санітарок вважали за потрібне розказати хворим перед операцією про хворобу, а ще 65% медсестер та 72% санітарок вважали за потрібне розказати пацієнтам про операцію та її наслідки! І тільки 17% медсестер та 7% санітарок вважають що потрібно хворих ознайомити з внутрішнім розпорядком лікарні, структурою відділення, про догляд за собою і т.і.

Виходячи з вище наведеного, вважаємо за потрібне звернути увагу на наступне:

- Починаючи з теоретичних кафедр, а далі на клінічних кафедрах, викладачам необхідно постійно загострювати увагу на тому, що у лікувальному процесі приймають участь цілий колектив, в який входять також медичні сестри та санітарки. Саме останні можуть «вносити поправки» в лікувальний процес не маючи на те ні відповідної освіти, ні відповідного права;

- Лікарям і викладачам клінічних кафедр, які приймають участь у хірургічному лікуванні хворих необхідно етично зрозуміло пояснювати їх професійні обов'язки;
- Починаючи зі студентської лави, а далі вже в клініці важливо постійно доносити до всіх учасників лікувального процесу думку, що не зважаючи на те, що пацієнт знаходячись чи в державному лікувальному закладі, чи в муніципальній клініці чи в приватному медичному закладі може отримати однаково якісну медичну допомогу. Причому на якість виконаної операції, на якість проведеної сестринської маніпуляції, на якість догляду за хворими не повинна впливати величина заробітної плати. Адже якість виконання хірургічного лікування не можна ставити в залежність від заробітної плати.

### **СЕКЦІЯ 3. ПРОБЛЕМА ЛІКАРЯ-ВИКЛАДАЧА – ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ТА ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ**

#### **ІНТЕГРАЦІЯ НОВІТНІХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПРОЦЕС ФОРМУВАННЯ ФАХОВИХ КОМПЕТЕНЦІЙ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗАПОРІЗЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

*Боярська Людмила Миколаївна,  
професор, завідувач кафедри дитячих хвороб,  
Городкова Юлія Вячеславівна,  
доктор філософії, асистент кафедри дитячих хвороб,  
Запорізький державний медичний університет*

Імерсивна віртуальна реальність – це прогресивна технологія, яка має потенціал, щоб змінити традиційні педагогічні підходи до навчання здобувачів освіти у медицині [1, С. 3]. Застосування імерсивної віртуальної реальності в освіті лікарів може бути новим, доступним методом для надання інформації та набуття навичок, однак мало відомо про ступінь інтеграції технології віртуальної реальності імерсивності в програми навчання на післядипломному етапі. Віртуальні методи симуляції пацієнта та моделі пацієнта на людині пропонують ефективний спосіб підвищити безпеку пацієнтів, зменшити кількість помилок і покращити навички прийняття клінічних рішень [2, С. 1].

**Мета роботи:** визначення застосування та інтеграції віртуальної реальності в програми вищої медичної освіти на післядипломному етапі.

**Матеріали і методи:** а) огляд доступних технологій медичного моделювання для навчання лікувально-діагностичній роботі; б) тематичне дослідження, яке ілюструє, як технологія віртуального моделювання пацієнта була успішно використана для навчання практичним навичкам лікарів-інтернів.

У Запорізькому державному медичному університеті активно застосовується віртуальний пацієнт з використанням програми «Body Interact» (торгова марка «Take The Wind»), що дає можливість з'ясувати анамнез, проводити лабораторно-інструментальні дослідження, об'єктивний огляд пацієнта і призначати лікування з наступним дебрифінгом. Таким чином використання програми віртуального пацієнта дозволяє поступово покращувати клінічне мислення у здобувачів освіти та формувати навички лікувально-діагностичної роботи відповідно до конкретних нозологій в дистанційному режимі. Комбінація дистанційної і очної форм навчання, в тому числі з відпрацюванням медичних практичних навичок на роботизованих манекенах міжкафедрального симуляційного центру університету, підвищує вмотивованість здобувачів освіти, розвиває як індивідуальні навички, так і командні, дозволяє відпрацювати лікарську тактику при рідкісних станах у максимально реалістичній імітованій ситуації. Наявність симуляційної технології навчання є обов'язковою складовою підвищення ефективності освіти медичних фахівців. Використання сучасних технологій може забезпечити інфраструктуру та базис для вирішення багатьох проблем у забезпеченні медичної освіти у майбутньому.

Навчальний процес практичним навичкам сам по собі складний у виконанні, оскільки він вимагає широкого спектру пацієнтів із найрізноманітнішими органами патологіями, доступними під час навчання та оцінювання. Технології віртуальних пацієнтів можуть сприяти розвитку поточних методологій навчання, сприяючи кращому рівню освіти. Результати показують

позитивний вплив і високу прийнятність технологій віртуального моделювання пацієнтів у навчанні лікарів-інтернів.

Список використаної літератури:

1. Pereira D, Amelia-Ferreira M, Cruz-Correia R, Coimbra M. Teaching Cardiopulmonary Auscultation to Medical Students using a Virtual Patient Simulation Technology. *Annu Int Conf IEEE Eng Med Biol Soc.* 2020 Jul;2020:6032-6035. doi: 10.1109/EMBC44109.2020.9175920. PMID: 33019346.

2. Fealy S, Jones D, Hutton A, Graham K, McNeill L, Sweet L, Hazelton M. The integration of immersive virtual reality in tertiary nursing and midwifery education: A scoping review. *Nurse Educ Today.* 2019 Aug;79:14-19. doi: 10.1016/j.nedt.2019.05.002. Epub 2019 May 4. PMID: 31078869.

### **МОДЕЛЬ ЗМІШАНОГО НАВЧАННЯ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ: АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

*Візір Вадим Анатолійович, д.мед.н., професор,  
Деміденко Олександр Вікторович, к.мед.н., доцент,  
Садомов Антон Сергійович, к.мед.н., доцент,  
Приходько Ігор Борисович, к.мед.н., доцент,  
Буряк Віктор Валерійович, к.мед.н., доцент,  
кафедра внутрішніх хвороб 2,  
Запорізький державний медичний університет*

Модель змішаного навчання є вагомим інструментом здобуття освіти в сучасних умовах, який безпосередньо пов'язаний з впровадженням нових методик викладання, що базуються на поєднанні традиційних підходів до організації навчального процесу та технологій дистанційного навчання. При цьому необхідним є врахування традицій і специфіки медичної освіти та змін, які відбуваються на сучасному етапі [1, с. 160]. Привабливими сторонами застосування такої моделі є поєднання різних технологій в єдиний комплексний підхід до навчання [4, с. 118]. В такому випадку подання навчальних матеріалів може відбуватися як в рамках онлайн-лекції або дистанційного курсу, що передбачає самостійну роботу студента [2, с. 80; 3, с. 72], так і в рамках безпосереднього обговорення, яке відбувається під час занять у режимі реального часу з використанням сервісів дистанційного навчання. Особливо корисним цей інструмент стає в умовах триваючої пандемії.

Формат викладання клінічної дисципліни «Внутрішня медицина» також зазнав змін у зв'язку із наявною ситуацією. Впровадження моделі змішаної форми навчання здійснено за допомогою сервісу Microsoft Teams та супутніх програм, а також електронних ресурсів Запорізького державного медичного університету. Слід зазначити, що перехід до впровадження змішаної форми навчання відбувся у досить стислі терміни та не призвів до відхилень у навчальному процесі. Заняття з внутрішньої медицини на кафедрі тривають відповідно до затверджених тематичних та календарних планів з дотриманням розкладу навчального процесу. Для забезпечення належного рівня підготовки та контролю результатів викладачами створювалися пакети тестових завдань у MS Forms, проводилися заняття в режимі реального часу в MS Teams, використовували сервіси MS Calendar та інші. Також на кафедрі в навчальний процес впроваджено роботу з інтерактивним хворим за сценаріями програми “Body interact”. На сьогодні використовується більше десяти сценаріїв віртуального пацієнта Body Interact, які охоплюють питання кардіології та захворювань внутрішніх органів. Для роботи студентам надано більше двадцяти доступів, які постійно перебувають в активному стані. У форматі змішаного навчання сценарії віртуального пацієнта використовуються як під час практичних занять та для написання стислої історії хвороби, так і у якості самостійної роботи студентами 5 курсів 1,2 медичних та 2 міжнародного факультетів.

Слід зазначити, що переважна більшість студентів з прихильністю ставиться до змін у форматі навчання та намагається вчасно виконувати завдання і своєчасно під'єднуватися до занять. Очевидно, що робота викладача при запровадженні моделі змішаного навчання над тематикою практичних занять вимагає часу навіть більше, ніж витраченого на заняттях. Це відбувається за рахунок додаткового часу для індивідуальних і контрольних завдань, тестування та обговорення помилок студента. З іншого боку, таке збільшення частки індивідуальної роботи зі студентами в режимі змішаного навчання не може позитивно впливати на якість навчального процесу. Забезпечення належного рівня впровадження моделі змішаної форми навчання також пов'язане зі значним обсягом методичної роботи. До речі, порівняння результатів змішаного навчання з

попереднім періодом, коли студенти навчалися очно, показало, що показники успішності з дисципліни не стали гіршими.

Отже, модель змішаного навчання, при якій студент здобуває знання як самостійно, так і в безпосередньому контакті з викладачем, виглядає актуально, викликає зацікавленість зі сторони здобувача освіти та дає йому достатньо пізнавальних можливостей.

#### Список використаних джерел

1. Бойчук О. Сучасні психолого-педагогічні вимоги до викладача вищого медичного навчального закладу // Освітологічний дискурс. 2018. № 1-2 (20-21). С. 158-170.

2. Візір В. А. Відкриті онлайн-курси як складова змішаного навчання на клінічній кафедрі / В. А. Візір, О. В. Деміденко // Сучасні підходи до вищої медичної освіти в Україні (з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку): матеріали XIV Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю - Тернопіль: ТДМУ, 2017. - Т. 1. - С. 80-81.

3. Колесник Ю. М. Досвід впровадження онлайн-технологій у систему підготовки фахівців галузі знань 22 «Охорона здоров'я» / Ю. М. Колесник, М. О. Авраменко, С. А. Моргунцова, О. А. Рижов // Медична освіта. - 2018. - № 2. - С. 69-73.

4. Коротун О. В. Методологічні засади змішаного навчання в умовах вищої освіти // Інформаційні технології в освіті. - 2016. - № 3. - С. 117-129.

### **ВИКОРИСТАННЯ ВІРТУАЛЬНОГО ПАЦІЄНТА В КУРСІ НАВЧАННЯ НА КАФЕДРІ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ**

*Калашник Кирило Вадимович,  
PhD, асистент кафедри інфекційних хвороб ЗДМУ,  
Рябокоть Олена В'ячеславівна,  
д. мед. н., професор, завідувач кафедри інфекційних хвороб ЗДМУ,  
Фурик Олена Олександрівна,  
к. мед. н., доцент кафедри інфекційних хвороб*

З самого початку карантинних обмежень через пандемію COVID-19, що почалися у 2020 році, виникла гостра проблема продовження навчання у форматі онлайн серед студентів Запорізького державного медичного університету (ЗДМУ). Майже одразу ректоратом університету було прийнято рішення про використання пакету програм Office 360, а саме MS Teams [4, с. 76]. Проте необхідність у напрацюванні практичних навичок при роботі із пацієнтом залишилася. Через карантинні обмеження та піклування про безпеку студентів було прийнято рішення про початок роботи із комплексом сценаріїв від BodyInteract. Під час дії воєнного стану в Україні ця потреба зросла.

Протягом освітнього процесу медичних працівників давно використовують моделювання на манекені де можна відпрацювати різні сценарії розвитку хвороби [2, с.1224-1230]. Ефективність такого способу пізнання досліджувалася у Португалії [3, с.13-18] та Китаї [1, с. 194-197] та було продемонстровано вищу якість засвоєння знань у порівнянні із групами студентів, що працювали на фізичних манекенах. Це пояснювалось неможливістю багаторазового повторення практичних навичок та неможливістю цілодобового доступу до них.

На кафедрі Інфекційних хвороб ЗДМУ з самого початку пандемії COVID-19 було розпочато впровадження роботи із віртуальним пацієнтом BodyInteract. Кожна група студентів у складі команди MS Teams отримує невелику інструкцію де вказані логіни та паролі для входу у симуляцію по вказаному посиланню. Така сама інструкція була переведена на англійську мову для роботи із англійськими студентами. Дані для входу кафедра щороку отримує через запит у «Міжкафедральний тренінговий центр ЗДМУ». В інструкції покроково та у скріншотах продемонстровано як саме зайти у програму, налаштувати її під себе. Після запуску самого сценарію, студент бачить перед собою хворого. Знизу є цілий ряд маніпуляцій, що можна робити з пацієнтом.

Наприклад, за допомогою вкладки «Діалоги» можна детально зібрати анамнез хвороби, анамнез життя, епідеміологічний анамнез та з'ясувати чи є у пацієнта алергії на препарати. Провести «Фізикальний огляд» за системами. Вже на цьому етапі студент має скласти враження про те у якому стані перед ним зараз пацієнт та почати призначати «Аналізи» та проводити «Втручання» для покращення та нормалізації цих змін. У вкладці Препарати («Medication») можна знайти велику кількість різних категорій препаратів.



Після завершення роботи із віртуальним пацієнтом, студентам пропонується встановити діагноз, правильність якого впливає на фінальну оцінку і складає приблизно 30% від неї. Після чого відкривається вікно брифінгу де можна подивитися які втручання були першочергові та обов'язкові, а які робити було необов'язково.

#### **Висновки**

1. BodyInteract є простою для розуміння та сучасною системою з потужною науковою базою, що підтверджує свою ефективність у напрацюванні практичних навичок у молодшого медичного персоналу (наприклад, медсестри), студентів та практикуючих лікарів.

2. Використання віртуального пацієнта у навчанні підвищує ефективність засвоєння, дозволяє безпечно та багаторазово проводити навчання самостійно та у групах, підвищує зацікавленість студента у пізнанні, що є актуальним під час дії карантинних обмежень та обмежень пов'язаних із воєнним станом.

#### **Список використаних джерел**

1. Gu, Y., Zou, Z., & Chen, X. (2017). The effects of VSIM for nursing™ as a teaching strategy on fundamentals of Nursing Education in undergraduates. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(4), 194–197. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.01.005>

2. Liaw, S. Y., Rethans, J.-J., Scherpbier, A., & Piyanee, K.-Y. (2011). Rescuing a patient in deteriorating situations (rapids): A simulation-based educational program on recognizing, responding and reporting of physiological signs of deterioration. *Resuscitation*, 82(9), 1224–1230. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2011.04.014>

3. Padilha, J. M., Machado, P. P., Ribeiro, A. L., & Ramos, J. L. (2018). Clinical Virtual Simulation in Nursing Education. *Clinical Simulation in Nursing*, 15, 13–18. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.09.005>

4. Хмарні технології. Організація інформаційного середовища користувача на базі хмарних технологій MS OFFICE 365 : навч.-метод. посіб. для лікарів-інтернів, провізорів-інтернів / О. А. Рижов, Н. А. Іванькова, О. І. Андросов. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2018. – 76 с.

## **ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КУЛЬТУРИ У МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ**

*Коваленко Владислав Андрійович,  
асистент кафедри внутрішніх хвороб I та симуляційної медицини,  
Запорізький державний медичний університет*

В Україні відбувається становлення нової системи освіти, орієнтованої на входження до світового освітнього простору приєднання нашої держави до єдиного європейського освітнього простору вимагає від вищої школи підвищення якості підготовки фахівців до рівня міжнародних стандартів. Сформованість професійної культури є одним із таких стандартів. Цей реформаційний процес супроводжується істотними змінами в педагогічній теорії та практиці, відбувається зміна освітньої парадигми, пропонується інший зміст медичної освіти, використання різних підходів.

"Практика засвідчує, що після закінчення вищих навчальних закладів перед молодими медичними працівниками у професійній діяльності виникає низка труднощів, обумовлених недостатнім рівнем сформованості професійної культури та її компонентів (професійно-етичної, професійно-комунікативної тощо). Взаємозв'язок морально-етичного й правового регулювання діяльності медичних працівників підтверджується повсякденною практикою органів охорони здоров'я. Аналіз скарг на незадовільне медичне обслуговування показує, що більшість їх пов'язана з недотриманням медичної етики, тобто обумовлена морально-етичними аспектами діяльності медичних працівників.

Аналіз психолого-педагогічної літератури і педагогічної практики з питань формування професійної культури майбутніх медичних фахівців свідчить, що проблема підготовки сучасного медичного фахівця розроблена недостатньо.

Термін «професійна культура» часто використовують як синонім поняття: «компетентність». Д. Чернілевський, аналізуючи професійну культуру, характеризує її як міру і спосіб творчої самореалізації особистості у різноманітних видах професійної діяльності, спрямованих на освоєння, передачу і створення цінностей і технологій [3]. У свою чергу І. Ісаєв вважає, що професійна культура – це спосіб творчої самореалізації особистості фахівця в різноманітних видах

професійної діяльності та спілкування, спрямованих на освоєння, передачу та створення педагогічних цінностей і технологій [1]. О. Ситник визначає професійну культуру як сукупність загальної культури особистості та професійних знань за основними напрямками професійної діяльності [2].

Отже, під професійною культурою ми розуміємо вищий рівень професійної діяльності, сформованої в результаті оволодіння студентами професійно значущими знаннями, вміннями і навичками, врахування їх потреб в постійному творчому вдосконаленні. При чому особистість студентів розглядається як суб'єкт розвитку професійного самовизначення і характеризується активною позицією, тобто прагненням до творчої діяльності, самовираженням у професійній діяльності, спрямованості переконань, інтересів, відношенням до засвоєваних знань і умінь, соціальних норм і цінностей, рівнем моральної й естетичної культури, розвитком самосвідомості, баченням своїх здібностей та особливостей характеру.

Від медичного працівника вимагається, крім професійної обізнаності, наявність відповідних етичних якостей, усвідомлення морально-правової відповідальності тощо. Лише медик, який має високий рівень професійно-етичної культури, зможе реалізувати покликання на належному рівні. Високий рівень професійної культури дозволяє фахівцю володіти ситуацією в будь яких умовах і при цьому завжди залишатися медичним працівником з великої літери.

На сучасному етапі розвитку у вищих навчальних закладах освіти спостерігається певне відставання практики формування професійної культури від вимог сучасного суспільства. Причиною цього є нерозробленість теоретичних і методичних засад професійної підготовки фахівців, зокрема в системі вищих медичних закладів освіти МОЗ України, недосконалість методик, технологій і засобів навчання, які в них застосовуються, недостатність підготовки викладачів до упровадження освітніх інновацій у цій сфері.

Таким чином, посилення уваги медичних структур до питань формування професійної культури у майбутніх фахівців медицини зумовлене соціальними, культурологічними та науково-педагогічними чинниками, адже професійна культура медиків безпосередньо впливає на характер вирішення багатьох соціальних проблем, створює сприятливі умови для налагодження ефективних зв'язків з різними категоріями населення.

Список використаних джерел

1. Исаев И. Ф. Теория и практика формирования профессионально-педагогической культуры преподавателя высшей школы: [учеб. пособ.] / И. Ф. Исаев. - 1993.- 219 с.
2. Ситник А. Профессиональная культура учителя: исторические аспекты проблемы / А. Сит- ник // Школа 1998 №1.
3. Чернилевский Д. В. Технология обучения в высшей школе / Д. В. Чернилевский, О. К. Филатов.- М.: «Экспедитор», 1996. — 288 с.

## **ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ ІНТЕРАКТИВНОГО СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ «BODY INTERACT» В ПРАКТИЦІ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ З ДИСЦИПЛІНИ «АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ» У ЗАПОРІЗЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ**

*Круть Юрій Якович, доктор медичних наук, професор,  
завідувач кафедри акушерства і гінекології,*

*Сюсюка Володимир Григорович, доктор медичних наук, доцент,  
доцент кафедри акушерства і гінекології,*

*Князева Альона Олегівна, аспірант кафедри акушерства і гінекології,  
Сергієнко Марина Юрійівна, кандидат медичних наук,  
асистент кафедри акушерства і гінекології,*

*Колокот Наталія Григорівна, асистент кафедри акушерства і гінекології,  
Запорізький державний медичний університет*

Стрімкий розвиток сучасного суспільства і умови, що постійно змінюються, ставлять перед освітнім процесом все нові завдання та проблеми, однією з яких є адаптація навчального процесу під сучасні умови з можливістю збереження його ефективності та зменшення розриву між теорією та практикою у процесі підготовки студентів медиків [1]. Дистанційне навчання (ДН) спочатку в умовах пандемії, а сьогодні у зв'язку з військовою агресією проти України, введенням воєнного стану (Указ Президента України №64/2022 Про введення воєнного стану в Україні з 24 лютого 2022 року) стало вкрай важливим інструментом для студентів, викладачів та науковців.

Потужна матеріальна база Запорізького державного медичного університету (ЗДМУ) повною мірою дозволяє реалізувати найсміливіші сучасні освітні проекти: усі кафедри та структурні підрозділи забезпечені необхідними та часто унікальними приладами, обладнанням і комп'ютерними програмами [2; 3]. Одним із найбільш ефективних та перспективних напрямків є використання симуляційних технологій у освітньому процесі, що передбачає моделювання різноманітних реалістичних клінічних сценаріїв, за умови відсутності можливості отримати в достатньому обсязі практичні навички під час взаємодії з реальними пацієнтами [4]. З цією метою кафедрою акушерства і гінекології активно використовується інтерактивна онлайн платформа Body Interact, яка є однією з найбільш прогресивних сучасних симуляційних онлайн технологій. Досвід використання системи симуляційного інтерактивного навчання Body Interact серед студентів та лікарів-інтернів ЗДМУ свідчить про його високу ефективність [5–8]. Це інтерактивна віртуальна система, яка призначена для відпрацювання постановки діагнозу, прийняття клінічних рішень і розвитку клінічного мислення.

**Мета роботи:** висвітлити досвід та переваги впровадження симуляційної технології Body Interact в межах вивчення дисципліни «Акушерство та гінекологія» студентами V курсу Запорізького державного медичного університету.

#### **Основна частина**

В основі платформи Body Interact лежить метод симуляційного навчання «стандартизований пацієнт» – різноманітні клінічні кейси, що симулюють той чи інший патологічний стан згідно задалегідь прописаних сценаріїв. Використання «стандартизованого пацієнта» як одного з методів навчання студентів-медиків, а також підвищення кваліфікації лікарів і медичних сестер розпочалося ще 1963 р. в Університеті Південної Кароліни, США. На теперішній час використання «стандартизованого пацієнта» є одним із найпоширеніших методів симуляційного навчання та впроваджено у більшість світових університетських навчальних програм [9].

Body Interact виглядає як горизонтальний сенсорний стіл-екран, на якому зображений віртуальний пацієнт, і в режимі реального часу викладач та студенти можуть спостерігати за зміною його стану. Паралельно на екрані виводяться потрібні в ході діагностики дані фізіологічних параметрів, результати призначених лабораторних, ультразвукових досліджень, рентгенівські знімки. Віртуальний симулятор в режимі реального часу відображає всі маніпуляції, що виконуються віртуальним лікарем, реакції пацієнта на проведене лікування. Після закінчення навчальної сесії на екрані можна бачити об'єктивну оцінку дій студента за певними критеріями.

Кафедрою акушерства і гінекології ЗДМУ було впроваджено використання онлайн-платформи Body Interact на практичних заняттях зі студентами V курсу медичного та міжнародного факультетів з метою закріплення та відпрацювання пройденого матеріалу та практичних навичок із переліку, затвердженого відповідно до навчального плану.

На першому етапі окремі викладачі були включені до групи консультантів-методистів та взяли участь у тестуванні інтерактивної онлайн-платформи Body Interact. У подальшому всі співробітники кафедри пройшли навчання й оволоділи методологією використання симуляційних засобів у навчальному процесі та додали роботу з віртуальним пацієнтом до розкладу практичних занять, що проводяться за дистанційною формою на основі Microsoft Teams.

Симуляційна технологія надала можливість відпрацювання алгоритмів діагностики, обстеження та надання ефективної допомоги при прееклампсії, еклампсії, септичному шоці з урахуванням сучасних протоколів лікування цих станів.

Перевагами використання саме цього методу є необмежена кількість повторів відпрацювання алгоритмів, знижена стресова складова під час першого перебування студента в умовах надання невідкладної допомоги та наявність дебрифінгу, що передбачає можливість проаналізувати власні результати. Використовуючи Body Interact під час онлайн-занять зі студентами, викладач також має можливість оцінити та проаналізувати, як студенти проводили опитування пацієнта, збирали анамнез, проводили обстеження, диференційну діагностику та лікування, висловлювали свою думку, обговорювали помилки та їх наслідки з висоти власного клінічного досвіду. Це є додатковим інструментом зворотнього зв'язку для студента окрім власне програмного алгоритму оцінювання.

**Висновок.** Використання симуляційної технології Body Interact значно підвищує якість сформованості клінічних компетенцій майбутніх лікарів, підвищує зацікавленість студентів у

навчальному процесі, а також має стати обов'язковим компонентом професійної підготовки як студентів медиків, так і здобувачів післядипломної освіти.

#### Список використаних джерел

1. Мартинюк В. М., Маланчук, Л. М. Маланчин І. М., Лимар Л. Є. Впровадження освітніх інтерактивних технологій у навчальний процес на кафедрі акушерства і гінекології. Медична освіта. 2021; 3: 49-52.

2. Сюсюка В. Г., Разнатовська О. М., Карпенко Т. В., Пономаренко О. В. Сучасні можливості наукової бібліотеки Запорізького державного медичного університету у інформаційному забезпечення навчальної та наукової діяльності. The XIX International Scientific and Practical Conference «Modern problems in science», May 17-20, 2022, Vancouver, Canada; 2022. 409-413.

3. Сюсюка В. Г., Онопченко С. П., Дейніченко О. В., Шевченко А. О., Бондаренко С. А. Особливості дистанційного навчання студентів з акушерства і гінекології в умовах воєнного стану. The II International Scientific and Practical Conference «Modern, relevant and popular research of world science», October 04-07, 2022, Tokyo, Japan. 2022; 172-177.

4. Бойчук Т. М., Геруш І. В., Ходоровський В. М., Колоскова О. К., Марусик У. І. Ефективність симуляційних сценаріїв в оптимізації практичної підготовки студентів у закладі вищої медичної освіти України. Медична освіта. 2018; 2: 50-54.

5. Kolesnyk M. Yu. The first experience of using the Body Interact simulation interactive training platform as a part of interns' attestation. Медична освіта. 2020; 2: 71-74.

6. Задирака Д.А., Рябоконт Ю.Ю., Рябоконт О.В., Романова К.Б. Впровадження проблемно-орієнтованого навчання з використанням віртуальних пацієнтів на післядипломному етапі освіти Актуальні питання дистанційної освіти та телемедицини 2020 : матеріали Всеукраїнської науково-методичної відеоконференції з міжнародною участю (19-20 листопада 2020 року, м. Запоріжжя). Запоріжжя, 2020; 102-103.

7. Льовкін О. А., Романова К. Б., Скоба І. А. Досвід використання віртуальних та симуляційних технологій серед студентів старших курсів у Запорізькому державному медичному університеті. Медична симуляція – погляд у майбутнє (впровадження інноваційних технологій у вищу медичну освіту України) (для лікарів, науковців та молодих вчених) : наук.-практ. конф. з міжнар. участю. Чернівці, 18.02.2022 року: тези доп. /Чернівці: БДМУ. 2022; 170-172.

8. Усачова О.В., Конакова О.В., Сіліна Є.А., Пахольчук Т.М., Дралова О.А. Досвід роботи з віртуальним пацієнтом на платформі «BODY INTERACT» на кафедрі дитячих інфекцій в умовах пандемії COVID-19. Досвід впровадження змішаної форми навчання у ЗДМУ, траєкторія розвитку та місце в системі вищої медичної освіти : матеріали навчально-методичної відеоконференції (26 травня 2021 року, м. Запоріжжя). Запоріжжя, 2021; 26-27.

9. Артющенко В. В., Самченко С. С., Єгоренко О. С., Новіков Д. А., Караконстантин Д. Ф., Берлінська Л. І. Симуляційне навчання в медицині: міжнародний та вітчизняний досвід. Одеський медичний журнал. 2015; 6: 67-74.

### СУЧАСНІ ПІДХОДИ ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ

*Пащенко Ірина Володимирівна,  
кандидат медичних наук, доцент,  
Запорізький державний медичний університет,  
Пащенко Сергій Миколайович,  
доктор медичних наук, професор,  
Запорізька медична академія післядипломної освіти*

В умовах сучасної медичної освіти формування ключових компетентностей при викладанні клінічних дисциплін студентам – медикам потребує от викладача пошуку нових форм організації навчально-пізнавальної діяльності. Важливим аспектом формування компетентностей є ефективно та творче застосування вже набутих на теоретичних кафедрах знань, формування навиків аналізу знань, отриманих з різних джерел інформації, розвиток комунікативних здібностей, набуття досвіду самоконтролю. Згідно таксономії Бенджаміна Блума формуванню критичного мислення при навчанні сприяє ієрархічний перехід від цілей нижчого порядку (запам'ятовування, розуміння, застосування) до використання методів високого рівня, таких як аналіз, синтез і оцінювання. Адже уміння робити кількісні та якісні оцінки, що ґрунтуються на використанні стандартів або критеріїв дозволяє формулювати ціннісні судження про методи, дослідження, ідеї.

Цей процес відбувається у складних умовах дистанційного навчання, що потребує використання багатьох різноманітних методів і підходів. Дистанційна форма навчання утруднює формування комунікаційних навичок між лікарем і пацієнтом, які дуже важливі в майбутній професійній діяльності медика. На жаль, на практиці існують випадки невисокої вмотивованості деяких студентів до набуття нових знань, тому задачею викладача є оптимізація учбового процесу для мотивації формування професійних компетенцій студентами і інтернами.

Для покращення підготовки студентів використовується цілий ряд факторів для сприяння формування у студентів позитивного пізнавального мотиву. Окрім традиційних методів навчання ефективно застосовується метод кейсів. Обговорення студентами клінічної ситуації, представленої в кейсі, дозволяє не тільки засвоїти алгоритм діагностики та надання допомоги, а і розвиває комунікативні навички і власне емпатичне ставлення до ситуації, в якій може опинитися пацієнт.

Другим етапом після розбору і з'ясування завдання може бути розподіл студентів на групи з окремим ситуаційним завданням – кейсом, а також використання методу трійки – консалтингу для вирішення задачі. На початку заняття формується мета і складається певний алгоритм, яким чином можна її досягнути. Але при цьому кожен студент, маючи свій певний запас знань, може запропонувати свою версію, на які ознаки хвороби треба звернути увагу у першу чергу, які додаткові обстеження необхідні для підтвердження діагнозу. Це формує у студентів клінічне мислення і здатність застосовувати отримані теоретичні знання в практичних ситуаціях. Кожна підгрупа вирішує своє завдання, а наприкінці заняття всі студенти знайомляться з завданнями окремих груп, аналізуються помилки і підводяться підсумки. Необхідно отримати розуміння у студентів, якими шляхами користуватися для вирішення завдання і формування практичних навичок.

Дебріфінг – підведення підсумків заняття дозволяє проаналізувати ефективність засвоєння матеріалу, з'ясувати зауваження і побажання, мотивувати студентів до подальшого більш поглибленого, самостійного вивчення теми. Основою ефективності навчального процесу є формування у студентів певного набору, комплексу компетентностей, частина яких є ключовими для подальшої професійної діяльності.

Саме використання таких підходів дозволяє сформувати зі студента третього курсу, який тільки починає вивчати клінічні дисципліни, фахівця-клініциста, який в інтернатурі застосовує отримані знання та володіє комплексом вмінь. Такі підходи дають можливість здійснювати навчання спеціаліста на всіх рівнях освіти, що забезпечує високий рівень розвитку особистості і професійних досягнень.

Для підвищення мотивації формування професійних компетенцій необхідне комплексне впровадження інноваційних інформаційних та інтерактивних технологій і збереження кращих традицій клінічної практики.

## **ПРОБЛЕМИ ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ДИСЦИПЛІНИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ**

*Підкова Віра Ярославівна,  
к.мед.н., доцент кафедри пропедевтики дитячих хвороб,  
Запорізький державний медичний університет,*

Зараз Україна знаходиться в умовах повномасштабної війни, і звичайно, що цей стан має численну кількість негативних наслідків у всіх областях і сферах. Але найуразливішою завжди залишається людина. Суспільство переживає велику кількість болю як фізичного, так і морального (душевного, психо-емоційного): це біль втрати, страждання, знуцання з боку агресора, відчуття несправедливості; страх за рідних, близьких і за суспільство в цілому; нескінченні стреси, що по'язані з сиренами, тривогами, нападами, обстрілами, зі страхом будь-якої втрати; присмак гіркоти життя. Все це – в кінцевому результаті впливає на формування депресії, панічних станів і настроїв у мирного населення.

Всі умови, які склалися, вплинули й на роботу системи охорони здоров'я та освіти. Це безпосередньо вплинуло й на студентів, що навчаються в нашому виші та науково-педагогічних працівників, що забезпечують освіту на різних кафедрах, в тому числі й клінічного профілю.

Після відновлення навчання, з березня, співробітники нашої клінічної кафедри відпрацювали певний розмовний алгоритм дій при спілкуванні зі студентами, що допомогло налагодити з ними подальшу плідну співпрацю. В своїй роботі застосовували досвід дистанційного викладання клінічної дисципліни (за допомогою платформи Microsoft Teams), який ми здобули під час двох попередніх локдаунів з приводу пандемії COVID-19. Незважаючи на технічні проблеми, які

виникали в зв'язку з відсутністю світла, інтернету, мобільного зв'язку, і не тільки на окупованих територіях, опрацювання будь-якої теми проводили в синхронному та асинхронному режимах. Ця форма навчання досить добре себе зарекомендувала, оскільки студенти завжди могли пропрацювати тему та отримати консультації викладача в зручний для них час, що допомагало їм уникнути відчуття самотності в просторі дисципліни.

Поряд з цим, питання теоретичного характеру, лабораторних та додаткових методів обстеження засвоюються студентами краще, ніж практичні питання. Незважаючи на опрацювання під час занять та самостійної підготовки великої кількості відеоматеріалів, практичні навички студентів інколи далекі від досконалості. Тому, в короткі терміни, важливо було, насамперед, пристосуватися і організувати роботу в групах зі здобувачами освіти в нових умовах, підвищити мотиваційну складову та роль, необхідність і відповідальність кожного на своєму місці. В цьому нам допомогли й такі явища, як формування в групах згуртованості, бажання до самостійних дій та в командному складі (на прикладі рольових ігор), бажання до різнобічної комунікації, підтримки, співпереживання, співчуття, готовності прийти на допомогу.

З метою покращення засвоєння студентами практичних навичок нами використовувались різні програми з демонстрацією та розбором віртуального пацієнта. Така робота виконувалась під наглядом викладача, з попередніми ознайомчими складовими, з поясненнями, щоби будь-які дії студента не травмували психо-емоційний стан самого студента та не спровокували біль і погіршення стану хоча і віртуального, але ж хворого пацієнта. Так, наприклад, під час обстеження малюка, найрозповсюдженіше запитання від студентів звучить так: «Чи йому не болить, коли ми пальпуємо, перкутуємо?». Тобто, віртуальна картина дає набагато кращу візуалізацію загального уявлення про пацієнта та наближає до відтворення практичної навички. А студент, особливо під час першого виконання навички, страшисться, бо емоційно переживає дотики при пальпації, перкусії, чи будь-якій іншій маніпуляції, хвилюється. Тому потрібно знайти правильний індивідуальний підхід до кожного студента, і тільки після ознайомлення з технікою проведення обстеження запропонувати доопрацювання тем та навичок самостійно або в програмах, або на волонтерах.

Для розвитку клінічного мислення в здобувачів освіти ми, як і раніше, використовували ситуаційні задачі, але для кращого розуміння та уяви, сюжети в них наближали до сучасних умов, умов воєнного стану. Вирішення задач супроводжували демонстрацією віртуального пацієнта для покращення візуалізації. Такі задачі підвищують відповідальність студента за правильність відпрацьованого алгоритму дій при обстеженні, інтерпретацію отриманих об'єктивних даних та додаткових методів дослідження, за правильну постановку, обґрунтування та формулювання діагнозу. Але й ці завдання, на жаль, не дають бажаного відсотку опанування практичними навичками.

Найкращим закріпленням практичного матеріалу, з точки зору клініцистів, стала робота очної «Літньої школи», яка була організована адміністрацією університету для студентів 2-го й 3-го курсів медичних факультетів. Робота в ній проводилась на базі тренінгового симуляційного центру та була побудована таким чином, що за 1 місяць навчання студенти, які мали можливість дістатися до університету, змогли опанувати основні практичні пропедевтичні навички. Такий вид діяльності, на наш погляд, являється перспективним.

Таким чином, робота викладача в сучасних умовах – надскладна. Але усвідомлення викладацької відповідальності і перед здобувачами освіти, і перед їхніми майбутніми пацієнтами, спонукає науково-педагогічних працівників клінічних кафедр до нових пошуків удосконалення засвоєння здобувачами проблемних практичних питань дисципліни.

## **ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ КОМПЕТЕНЦІЙ У СУЧАСНІЙ ВИЩІЙ ШКОЛІ**

*Строгонова Тетяна Василівна,  
к.е.н., доцент, доцент кафедри медичної фізики,  
біофізики та вищої математики,  
Запорізький державний медичний університет*

Нові вимоги до Вищої освіти, які змінювали роль ВНЗ в житті суспільства в умовах перманентних соціально-економічних трансформацій, були сформульовані ще на початку XXI сторіччя та відображені, навіть, в документах Всесвітнього банку. Згідно цих вимог, студенти протягом навчання у виші повинні набути не тільки професійні компетенції, а й ті, що захистять їх протягом життя від негаразд економічних криз – дозволять адаптуватись до нових зовнішніх умов, до бурхливих змін сучасного життя таким чином, щоб запобігнуть «вимииванню» людини з професії.

До таких загальних компетенцій відносять складні поняття – креативність, здатність до самоорганізації, комунікативність, вміння творчо реагувати на кризові стани і т. ін. Такий виклик ставить викладачів, що працюють у вишах, перед важкою проблемою: як сформувати у студентів протягом 5 років такі компетенції, що перетворять фахівця у творчу особистість. Науково вирішити цю задачу можна тільки з філософських позицій.

Сутність творчості протягом всієї історії людства хвилювала уми вчених та була предметом дискусій науковців – педагогів, психологів, біологів, соціологів, економістів.

Проблема творчості та свободи творчості – філософська проблема з тривалою історією. Вона пов'язана з проблемою покликання, Згадки про них можна зустріти у роботах В.Франка, М. Вебера, Ф. Ницше, К.Г. Юнга, М. Хайдеггера, Н. Бердяева, и т.д. Не зважаючи на то, що вона вивчалась у різних релігійних та філософських традиціях, трансцендентна природа творчості залишається і зараз незрозумілою та бездонною таємницею. Хоча багато блискучих умов билось над загадкою творчості, науковці так і не прийшли до кінцевих висновків, як відбувається творчий акт.

Крім того, філософи наголошують, що шлях творчості – це шлях самотності та героїзму, який потребує величезної мужності. І більшість людей не готова до цього.

Залишається невіршеними головні питання – чи достатньо тільки бажання та самоорганізації індивіда для творчого підходу до своєї професії або творчість - це призначення окремих особистостей? Як створити сприятливі зовнішні умови, щоб людина змогла реалізувати себе як творець?

Відповіді на ці важливі питання допоможуть переробити педагогічні та психологічні підходи до навчання, вдосконалити навчальну методику, яка буде не тільки сприяти формуванню необхідних компетенцій у майбутніх фахівців, але й вчити людину жити за своїм призначенням, творчо реалізуючи свою унікальність.

## **ПРОБЛЕМИ ВИКЛАДАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН НА КЛІНІЧНИХ КАФЕДРАХ**

*Хімич Сергій Дмитрович,  
д.мед.н., професор, завідувач кафедри загальної хірургії,  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,  
Чемерис Орест Мирославович  
д.мед.н., доцент, доцент кафедри хірургії №1,  
Львівський національний медичний університет імені Д.Галицького  
Бурковський Микола Іванович  
к.мед.н., доцент, доцент кафедри загальної хірургії,  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова,  
Чорнопищук Роман Миколайович  
д.мед.н., доцент кафедри загальної хірургії,  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова,  
Кателян Олена Вікторівна  
к.мед.н., доцент, доцент кафедри загальної хірургії,  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова,  
Стояновський Ігор Володимирович,  
к.мед.н., доцент, доцент кафедри хірургії №1,  
Львівський національний медичний університет імені Д.Галицького*

На жаль через пандемію, викликану COVID-19, а потім через військовий стан в Україні у закладах вищої медичної освіти України було запроваджено дистанційну форму навчання. Спочатку таке навчання мало вигляд повного дистанційного навчання, а потім – часткового або змішаного. Оскільки, як відомо, успішність кожної справи є аналіз чи самоаналіз своєї роботи, нами було виконано просте дослідження, метою якого стало вивчення результатів навчання студентів на кафедрі загальної хірургії при дистанційній формі навчального процесу та порівняння їх з відповідними, що були отримані при традиційному навчанні в до епідемічний період. У дослідження були включені вітчизняні студенти III (508 студентів) і II (244 студентів) курсів Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, що проходили навчання з дисциплін "Загальна хірургія", "Сестринська практика", "Догляд за хворими" з використанням різних форм навчального процесу: дистанційної та традиційної. Під час порівняння були застосовані такі параметри як: традиційна оцінка, кількість балів за підсумковий модульний контроль, загальна кількість балів отримана після закінчення вивчення навчальної дисципліни,

кількість пропусків практичних занять, кількість незадовільних оцінок, оцінка за відпрацьоване заняття. Статистичну обробку даних проводили з використанням пакета ліцензійної програми для статистичного аналізу Statistica 6.0 з використанням непараметричних методів оцінки отриманих результатів (використовували критерій  $\chi^2$  з рівнем значущості  $p < 0,05$ ). Проведений нами аналіз показників успішності після застосування різних форм навчання показав, що дистанційна форма навчального процесу начебто суттєво не впливає на кінцевий результат успішності вітчизняних студентів, зокрема з дисциплін "Загальна хірургія", "Сестринська практика". До того ж, при дистанційній формі навчання, за відсутності особистого контролю з боку викладача, за опрацюванням практичних навичок студентами, а також можливості їх реального виконання, визначена тенденція до завищення студентам їх кінцевої оцінки за практичне заняття.

Разом з тим у 2022/2023 навчальному році студенти почали навчатись в offline – режимі (лекції опановуються самостійно використовуючи online ресурси), а практичні заняття проводяться на клінічних базах. Що ж виявилось при спілкуванні зі студентами?:

- теоретичний рівень студентів в принципі є на такому ж рівні, що і в попередні роки;
- клінічне мислення у студентів різних курсів значно погіршилось, особливо якщо це стосується екстремальних ситуацій;
- практичні навички, які «опановувались раніше в online – режимі» практично нівельювались;
- студентам важко спілкуватись з хворими біля їх ліжка чи у перев'язувальних кімнатах.

Отже виходячи з вище наведеного можна дійти до наступних висновків:

1. Дистанційна форма навчання є ефективним тимчасовим інструментом реалізації навчально-педагогічного процесу в умовах карантину та умовах воєнного стану. Однак різноманітні інформаційні технології, що застосовуються при дистанційній формі навчання, можуть бути успішно використаними після відновлення традиційної очної форми навчання в якості додаткового інструменту набуття відповідних клінічних компетентностей.

2. Для медичних спеціальностей дистанційна форма навчання не може бути основною, адже вона не дає змоги опанувати практичні навички на відповідному рівні, хоча така форма може бути застосована для засвоєння теоретичної інформації з частковим опануванням студентами практичної частини матеріалу.

3. На практичних заняттях за рахунок тестів та клінічних задач доцільно збільшити час для вільного спілкування студентів з викладачами та пацієнтами. Викладачам необхідно старатись «розговорити» студентів, у яких за 1-2-3 роки значно обмежилась клінічна зорова та слухова пам'ять.

4. У цьому навчальному році також доцільно проводити коротке повторення практичних навичок, які не в повному обсязі були засвоєні студентами на попередніх курсах.

#### **СЕКЦІЯ 4. ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ: "CONSUMOR ALIIS INSERVIENDO"**

##### **ДО ПИТАННЯ ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ ЛІКАРЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ**

*Боярська Людмила Миколаєва,  
кандидат медичних наук, професор,  
Левчук-Воронцова Тетяна Олегівна,  
кандидат медичних наук, асистент,  
Запорізький державний медичний університет*

**Анотація.** Розвиток особистості лікаря відбувається протягом усього життя, але фундамент закладається в період молодості. Стреси стали складовою життя сучасної людини, і медичному працівникові слід оберігати себе від професійної деформації. Часті психоемоційні перевантаження у процесі професійної діяльності, а також деякі особливості психічної індивідуальності призводять до того, що її характер змінюється, деформується. Проявляються такі негативні риси, як байдужість, грубість, дратівливість при контакті з хворими, а іноді – пригніченість від безсилля, особливо при лікуванні важко хворих пацієнтів. При сучасному навантаженні медичних працівників і введенні в їх роботу нових програм і підходів вони не вміють вчасно помічати початок емоційного вигорання що надає можливість людині своєчасно звернути увагу на глибину



емоційного вигорання й мобілізувати внутрішні ресурси, а також застосувати профілактичні прийоми. Емоційні переживання впливають на морфологічної структури через гормональну та імунну системи, а також вегетативну нервову систему. У свою чергу, соматичні зміни впливають на психічний стан. Основа особистості лікаря – професійна значущість. Доцільно спрямувати зусилля молодих лікарів на попередження руйнування цього здобутку, щоби запобігти емоційному вигоранню.

**Ключові слова:** лікарі, медичні працівники, синдром вигорання, емоційне вигорання.

Філософська підготовка майбутніх лікарів має на меті формування не тільки професійних знань та навичок, але й особистісних якостей, які забезпечують їх становлення успішними фахівцями в медичній галузі. Філософське мислення розвиває світогляд, що базується на науковому підході до питань здоров'я та медицини, а також на діалектичному мисленні, яке дозволяє розуміти складні взаємозв'язки між різними факторами, які впливають на здоров'я та розвиток хвороби. Крім того, філософська підготовка сприяє розвитку духовної культури та логічного мислення, що необхідно для прийняття обґрунтованих рішень у медичній практиці. Вона також сприяє формуванню особистості лікаря як керівника, який має волю, старанність та ініціативу, і може ефективно проводити медичні, профілактичні та лікувальні заходи. Так як розвиток особистості лікар відбувається протягом всього життя, важливо, щоб майбутні лікарі з «раннього віку» набували ціннісної орієнтації, яка сприятиме їх подальшому розвитку. Так, на формування особистості майбутнього лікаря впливають різноманітні фактори, зокрема соціальне середовище, яке включає в себе культурні, релігійні, економічні та інші аспекти життя. Соціальне середовище формує ціннісну орієнтацію особистості, її світогляд, погляди на моральні та етичні принципи. Індивідуальна життєдіяльність, зокрема професійна діяльність, також має значний вплив на формування особистості майбутнього лікаря.

Сучасні проблеми у сфері охорони здоров'я вимагають від лікарів не тільки високої професійної підготовки, але й готовності до співпраці з іншими фахівцями та представниками громадськості, а також до використання новітніх технологій та інновацій. Гуманізм є єдиним із головних рис особистості лікаря, тому він повинен мати до співчувати пацієнтам, розуміти їх потреби та ставлення до хвороби, та допомагати їм з вирішенням проблем, пов'язаних із здоров'ям. Трансформація в системі викладання соціальних та гуманітарних дисциплін є необхідним елементом формування лікарів нового типу, після завершення вищої медичної школи продовжується виховування лікарів із комплексним підходом до проблеми охорони здоров'я та з розумінням важливості співпраці з іншими фахівцями та громадськістю. Такий підхід дозволить створити ефективну систему охорони здоров'я, яка буде забезпечувати належний рівень медичної допомоги всім громадянам.

Так, навчання у вищій медичній школі на сьогоднішній день є дуже важким та вимагає високого рівня самосвідомості, самоорганізації та зосередженості уваги від студентів. Проте застосування модульної моделі навчального процесу дозволяє збільшити самостійність роботи студентів, а також дає змогу збільшити кількість електронних освітніх ресурсів та навчальної літератури, яка є доступною для самостійного вивчення. Це важливо, інший такий підхід дозволяє студентам отримати більше самостійних зусиль у процесі навчання, що збільшує їхню компетентність у медичній галузі. Крім того, застосування електронних освітніх ресурсів дозволяє зробити навчальний процес більш інтерактивним та зручним для студентів. Удосконалення реформами вищої освіти також дозволяє змінити частину навчального навантаження, збільшивши час на самостійну роботу студентів. Це важливо, наступний такий підхід дозволяє студентам зосередитися на вивченому матеріалі, який він справді вважає значенням та потрібним для своєї майбутньої професії, збільшуючи його інтерес та мотивацію до навчання. Відмінність дистанційної освіти від традиційної відбувається в тому, що навчальний процес відбувається дистанційно, через мережу Інтернет, за допомогою різноманітних платформ та інструментів. Дистанційна освіта може бути використана для реалізації різних форм навчання, таких як онлайн-курси, вебінари, віртуальні класи, дистанційні семінари тощо. Це дозволяє реалізувати низку переваг:

- гнучкість є елементом сучасного навчання, оскільки дозволяє слухачам навчатися у зручний для них час та з будь-якої точки світу. Це означає, що навчання може проходити дистанційно, онлайн або за допомогою записів лекцій, що дозволяє слухачам встановити свій власний розклад навчання. Навчальні програми можуть бути розроблені таким чином, щоб вони були доступні для різних рівнів знань та підходили для різних стилів навчання. Це допоможе забезпечити ефективне навчання та допомогти слухачам досягти своїх навчальних цілей.
- доступність – дистанційна освіта дозволяє отримати знання людям з будь-якої точки світу, які мають доступ до Інтернету;

- економічність – у порівнянні з традиційною освітою дистанційна освіта може бути дешевшою, не вимагається фізична присутність студентів на лекціях та викладення викладачів у певному місці;

- інтерактивність – дистанційна освіта може включати в себе інтерактивні елементи, які можуть студентам спілкуватися з викладачами та іншими студентами в режимі онлайн;

- поєднання різних форм навчання – дистанції та очної форм навчання

Електронні системи для надбання компетенцій та контролю знань в ЗДМУ набули ширшої популярності. Успішно інтегрувались в практику викладання та контролю численні муляжі, фантоми тощо. Особливо слід відмітити наявність достатньої кількості клінічних ситуацій, представлених в вигляді віртуальних пацієнтів, що дозволяє з тією чи іншою мірою достовірності моделювати процеси, клінічні ситуації та інші аспекти професійної діяльності медичних працівників. Викладацький склад ЗДМУ, використовуючи всі сучасні можливості, сприяє формуванню у лікарів-інтернів здатності до емоційної орієнтації у складних клінічних випадках, які вимагають морально-ділових, соціальних і професійних якостей: навички розмовляти з родичами, збереження лікарської таємниці, компетентність та сумлінність, чесність та порядність, етичність у взаємодії з колегами, співчутливість, підвищувати рівень загальної культурності, прагнення знайомитися зі світовою літературою, живописом, займатися своїм самовихованням та розвитком.

Стреси стали складовою життя сучасної людини, і медичному працівнику слід стерегти себе від професійної деформації. Деякі особливості психічної особливості, надмірні психологічні та емоційні навантаження у процесі професійної діяльності призводять до того, що характер лікаря або іншого медичного працівника змінюється, піддається деформації, виникає байдужість, дратівливість, грубість, як під час виконання своїх обов'язків, а іноді – пригніченість від неможливості допомогти хворому через низку проблем, незалежних від лікаря. Робота дитячих лікарів вимагає мати витривалість, передбачає високого і постійного психоемоційного впливу, а також необхідність прийняття рішень у екстремальних умовах. Педіатри перебувають у групі ризику фахівців, потенційно найбільш схильних до розвитку синдрому професійної деформації і до цього повинні бути готові майбутні наші колеги, сьогоднішні лікарі-інтерни. Вони в першу чергу повинні розуміти, що причинами професійного вигорання у медичних закладах є: емпатія – співпереживання емоційним станом пацієнта (лікар сприймає проблеми дитини-пацієнта на особистому рівні).

За визначенням ВООЗ «Синдром вигорання» (burnout syndrome) – це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності в роботі та втомою, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також вживанням алкоголю або інших психоактивних речовин з метою одержати тимчасове полегшення, що має тенденцію до розвитку фізіологічної залежності (у багатьох випадках) та суїцидальної поведінки. У сучасному швидко мінливому світі медичні працівники несуть великий емоційний тягар що призводить до того, що вони вчасно не помічають початок емоційного вигорання. Чому так відбувається? Що може бути причиною?

Лікарям притаманні такі риси, як перфекціонізм, тому дуже часто лікарі готові до самопожертви («Згораючи, свічу іншим!»), сильно критикують себе, що призводить до низької самооцінки, депресії, незадоволення собою та своїми вчинками, хронічному роздратуванню, фокусуванню на тому, що «не так, як би мало бути», гіпервідповідальності тощо.

Згідно з ВООЗ, існує три основних симптоми емоційного вигорання:

- Почуття виснаження або втоми: призводить до порушення сну, зниження імунітету, проблем із концентрацією уваги.

- Інтелектуальна й емоційна дистанція з роботою: відчуття негативу та цинізму відносно ситуацій, пов'язаних із роботою, відірваність від колективу, відсутність мотивації, негативне сприйняття реальності.

- Зниження професійної ефективності: відчуття неспроможності справитися з своїми робочими обов'язками, внаслідок цього з'являються сумніви у власних здібностях і компетентності.

Багато вчених вважають це хворобою, але починаючи з травня 2019 року ВООЗ використовує цей термін тільки у випадках, пов'язаних з роботою, а тому «вигорання» класифікується як синдром.

Ознаки «синдрому вигорання» за Maslahe, Jacson S.E. (1986)

1. Зміни в поведінці медичного працівника (небажання працювати, спілкуватися з хворими, втрата навичок відновлення здоров'я за рахунок розваг.

2. Зміни почуттів. Втрата почуття гумору, або навпаки, поява “чорного гумору”, наявність переживань невдачі та провини.
3. Зміни в мисленні. Поява думок про необхідність залишити роботу.
4. Зміни у стані здоров'я. Інверсія ритму сон-неспанья, загальне зниження імунітету, виснажливості [1,3].

В процесі емоційного вигорання лікар сам бере активну участь і в разі виявлення ознак на початку процесу у нього з'являється можливість внести зміни у свої стосунки та своє життя. Формуванню професійного вигорання сприяють такі фактори ризику, як особистісні фактори, ситуативні вимоги та професійні вимоги. Психологи наводять наступні прояви професійного вигорання: психофізіологічні, соціально-психологічні та поведінкові.

Психофізичні симптоми професійного вигорання: відчуття втоми як вечорами, так і вранці, після прокидання; емоційне і фізичне виснаження; людина не сприймає та не реагує на зміни зовнішнього середовища, не цікавиться причинами змін (відсутність реакції цікавості на чинник новизни або реакції страху на небезпечну ситуацію); виражена астенизація (зниження активності і енергії, біохімічні та гормональні зміни); приступи головного болю; різні розлади з боку шлунково-кишкового тракту; зміна ваги (збільшення або зменшення); порушення сну різного ступеню; сонливість, постійна загальмованість, бажання спати протягом усього дня; задишка при фізичному або емоційному навантаженні; помітне зниження зовнішньої і внутрішньої сенсорної чутливості: погіршення слуху, зору, нюху і дотику, втрата внутрішніх, тілесних відчуттів.

Соціально-психологічні прояви професійного вигорання відносяться: байдужість, нудьга, пасивність і депресія (знижений емоційний тонус, відчуття пригніченості); бурхлива реакція на незначні, дрібні події; часті нервові «зриви» (спалахи невмотивованого гніву або відмови від спілкування, «відхід в себе»); постійне переживання поганих емоцій, для яких у зовнішній ситуації причин немає (почуття провини, образи, підозрливості, сорому, скутості); відчуття незрозумілого занепокоєння і тривожності (відчуття, що «щось не так, як треба»); чергування відчуття гіпервідповідальності та приреченості; загальна негативна установка на життєві та професійні перспективи (за типом «як не старайся, все одно нічого не вийде»).

Зміни поведінки при професійному вигоранні: працівнику здається, що робота та її стає важчою з кожним днем; йому здається, що він нічого не встигає, бо роботи дуже багато, але дома нічого не робить; відчутність незадоволення тим, що вже зроблено; при виконанні важливих завдань постійно «застрягає» на дрібних деталях; витрата більшої частини робочого часу на мало усвідомлюване або не усвідомлюване виконання автоматичних і елементарних дій. Все це призводить до погіршення якості зробленого (через виснаження, або цинізму); систематичні запізнення, безкінечні листи непрацездатності; плінність кадрів (внаслідок звільнень), необхідність вчити нові кадри; у жінок підвищується ймовірність збільшення ваги тіла; виникнення пагубних звичок (зловживання алкоголем, ліками); проблеми у родині, конфлікти, розлучення.

Концепція поведінкових профілактичних заходів фокусується на первинній профілактиці, яка передбачає такі заходи:

- засвоєння навичок боротьби зі стресом;
- навчання технікам релаксації (прогресивна м'язова релаксація, аутогенне тренування, самонавіювання, медитація);
- вміння розділити з пацієнтом відповідальність за результат, вміння сказати «ні» [ 3].

Kendra A. Moore MD у своєму дослідженні підтверджує, що емоційний стрес є звичайним явищем під час стажування в інтернатурі. Чинники, які, сприяють емоційному стресу і вигоранню лікарів, включають контекстуальні фактори в житті стажистів (довгий робочий день, недосипання, погана інтеграція роботи та особистого життя, ізоляція, складне робоче середовище) та вплив гострих тригерів (смерть пацієнта, складні відносини між пацієнтом і сім'єю або розбіжності щодо цілей лікування). Дистрес може перевищити його поріг подолання, так що інтерн відчувається тимчасово нездатним оптимально виконувати свої обов'язки. Однолітки можуть надати особливо сильний вплив у трьох областях: покращення подолання контекстуальних факторів, усунення тригерів гострого дистресу та сприяння відновленню після дистресу (рис. 1).

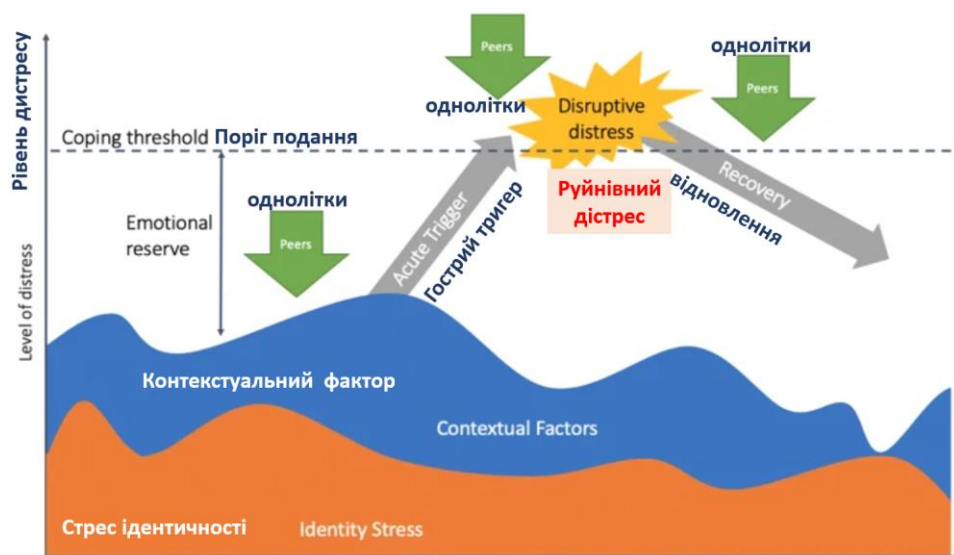


Рис.1 Модель емоційного стресу та можливості підтримки однолітків під час стажування

Було вивчено аспекти психічного здоров'я з використанням шкали емоційного вигорання, опитувальника Maslach Burnout Inventory (MBI), Шкали стресу та опитувальника загального стану здоров'я з 12 пунктів (GHQ-12). Стажери оцінили різні чинники робочого місця за шкалою Лайкерта залежно від ступеня стресу. Також стажисти були опитані щодо їх поінформованості про доступні їм служби підтримки. 37% стажистів із 101 відповідали критеріям психологічного дистресу, з них високий рівень емоційного виснаження виявлено у 55,4 %, висока деперсоналізація у 41,6%, низьке почуття власної гідності були відзначені у 51,5%.

Серед серйозних стресорів були визначені: недостатня підготовка до практики, фінансові проблеми, погане визначення ролі, недосипання. Більшість із них не знали про доступні служби. Дослідники дійшли висновку, що емоційне вигорання та стрес є серйозною проблемою для лікарів ірландських лікарень. Для вирішення цієї проблеми життєво важливо забезпечити кращу підготовку до клінічної практики та поінформованість про служби підтримки. [6]

Емоційні переживання впливають на морфологічної структури через гормональну та імунну системи, а також вегетативну нервову систему. У свою чергу, соматичні зміни впливають на психічний стан. Серед багатьох психосоматичних захворювань традиційно виділяють найбільш вивчену групу так званих «семи священних корів» психосоматики, до якої належать:

- 1) виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки;
- 2) виразковий коліт;
- 3) бронхіальна астма;
- 4) тиреотоксикоз (базедова хвороба);
- 5) гіпертонічна хвороба;
- 6) ревматоїдний артрит;
- 7) нейродерміт [7].

ВООЗ (1998) рекомендує наступні шляхи попередження "синдрому вигорання" у медичних працівників:

- Зменшення особливо високих вимог до осіб, що надають поміч іншим;
- Рівномірний розподіл навантаження поміж співробітниками;
- Навчання співробітників раціональному розподілу часу та технікам релаксації;
- Модифікація видів робіт, що викликають досить високий стрес;
- Заохочування працівників до формування "груп підтримки";
- Забезпечення можливості працювати на частину робочої ставки;
- Заохочування працівників до участі у прийнятті рішень, що мають вплив на умови праці

Висновки.

1. Стратегічна задача впровадження сучасних технологій керування навчальним процесом полягає у формуванні професійного готового до самостійної лікарської практики фахівця.

2. Основа особистості лікаря - професійна значущість. Доцільно спрямувати зусилля молодих лікарів на попередження руйнування цього здобутку, щоби запобігти емоційному вигоранню.

#### Список використаних джерел

1. Емоційне вигорання або синдром двадцять першого століття. (2020, June 6). Delta Med. <https://delta-med.com.ua/emotsijne-vygorannya-abo-syndrom-dvadtsyat-pershogo-stolittya/>
2. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory. 1986
3. Свінцицька, Н. Л., Когут, І. В., Каценко, А. Л., Литовка, В. В., & Пілюгін, А. В. (2021). Профілактичні заходи щодо виникнення професійного вигорання у викладачів закладів медичної освіти. Редакційна колегія, 263.
4. Moore, K. A., O'Brien, B. C., & Thomas, L. R. (2020). "I Wish They Had Asked": a Qualitative Study of Emotional Distress and Peer Support During Internship. *Journal of General Internal Medicine*, 35(12), 3443–3448. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05803-4>
5. Hannan, E., Breslin, N., Doherty, E., McGreal, M., Moneley, D., & Offiah, G. (2018). Burnout and stress amongst interns in Irish hospitals: contributing factors and potential solutions. *Irish Journal of Medical Science (1971-)*, 187, 301-307.
6. The basic requirements to personality of medical workers. Psychological types of doctors. Profesiograma of general doctor. Professional deformation. Signs of professional deformation, "syndrome of burning down". Communication in a medical environment, terms of creation of healthy psychological climate. Features of communication between doctors, doctor- nurse. – TDMUV. (n.d.). Tdmuv.com. Retrieved February 7, 2023, from [https://tdmuv.com/kafedra/internal/nervous\\_desease/classes\\_stud/en/med/lik/ptn/medical%20psychology/4/02%20Psychology%20of%20medical%20workers.htm](https://tdmuv.com/kafedra/internal/nervous_desease/classes_stud/en/med/lik/ptn/medical%20psychology/4/02%20Psychology%20of%20medical%20workers.htm)

### КОДЕКСИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НОТАРІУСІВ ТА ВИКЛАДАЧІВ СИСТЕМИ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Манойло Наталія Григорівна,  
кандидат філософських наук, приватний нотаріус

Вкрай важливими для утвердження в суспільстві правових та морально-етичних цінностей є професія нотаріусів, оскільки вони покликані посвідчувати діюче законодавство без будь-яких відхилень. Крім приписів щодо професійної етики з боку державних органів, їх діяльність також регулюється заповідями латинського нотаріату. Подібні кодекси також визначають діяльність людини, яка обирає для себе лікарську професію. Це відомі положення клятви Гіппократа. Оскільки до будь-якої професії готують в закладах вищої освіти, основні положення заповідей мають бути властиві й викладацькому складу.

Основні заповіді латинського нотаріату наступні. Це: «1. Поважай своє міністерство. 2. Утримайся, навіть якщо найменший сумнів робить незрозумілими твої дії. 3. Відплачуй належне Правді. 4. Дій обачно. 5. Вивчай з пристрастю. 6. Радься з Честю. 7. Керуйся Справедливістю. 8. Обмежуйся Законом. 9. Працюй Достойно. 10. Пам'ятай, що твоя місія полягає в тому, щоб не було суперечок між людьми» [1, с.87].

Можливо, що з точки зору права заповіді не потребують якогось критичного аналізу. Проте такі заповідальні вимоги з точки зору філософії, яка розглядає право як свою внутрішню органічну складову, потребують певних доповнень. Будучи лаконічними, вони не розкривають сутнісний суб'єктно спрямовуючий зміст тих заповідей, які пишуться з великої літери. Припускати наперед, що нотаріуси, як і викладачі та науковці, єдині у своєму розумінні їх змістовної сутності, було б необачно. До того ж закон тотожності вимагає, що при будь-якій взаємодії, яка передбачає вирішення певної проблеми зацікавленими в цьому суб'єктами, їм потрібно дійти згоди щодо змісту використовуваних ними понять, оскільки лише в такому разі можна буде уникнути суперечок. А це також вимога заключної заповіді.

Таким чином, заповіді, будучи покладені в основу нотаріальної діяльності, є *вірними*, проте це не означає, що їх потрібно брати *на віру* без осмислення тих значень, які складають їх внутрішню сутність. Вірне розуміння – це завжди результат осмисленого сприйняття змісту понять засобом докладання власних пізнавально-методологічних зусиль. Якоюсь мірою в сучасних умовах певним анахронізмом виглядає заповідь «поважати своє міністерство». Це відноситься й ЗВО. У країн розвиненої демократії це зрозуміло, адже там домінує пріоритет громадянського суспільства, в якому держава є рівноправним партнером громадянських організацій. Тому має бути взаємоповага. Щодо українського суспільства, то тут ситуація далека від взаємоповаги.

Аналогічно й відносно другої заповіді. Як можна утриматись від сумніву, якщо він є важливою атрибутивною властивістю людини як високоосвіченої соціально-духовної істоти, наділеної найвищими чеснотами. Також не зовсім зрозуміло, в чому сумнів: у власних діях нотаріуса чи коли його дії не є зрозумілими для клієнта. Як і сумніви щодо змісту лекцій викладачів

з боку студентів, які в наш час досить освічені й критичні до тих висновків, які не збігаються з їх «юнацьким максималізмом». Очевидно, що йдеться про сумніви у своїх діях, породжених недосконалістю законів чи якихось інших правил, які визначають порядок здійснення нотаріальних операцій. Щодо викладачів, то розвиток наукових знань завжди реалізується через гіпотези. Якщо вони незрозумілі, то наявність у нотаріуса та викладача зазначених чеснот дозволить їм досягти взаєморозуміння й порозуміння.

Більш складними й важливими для аналізу є заповіді, які мають статус найвищих чеснот для будь-якої людини, тим паче для тієї, яка є «другом суддів», (викладач – це рівноправний друг студента у мисленні й розумінні), другом законів, прикладом розуміння їх суті та уміння їх реалізувати у своїй практичній діяльності таким чином, який би не породжував суперечок. Адже будучи наведені, але не визначені змістовно як методи їх дотримання, вони потребують чітких визначень. Принаймні таких, які б не породжували тривалих публічних дискусій між вченими, які в більшості випадків не справляють на публіку позитивного пізнавального враження. Звідси постійні претензії, властиві буденній свідомості, до тієї частини суспільства, яка визначається як його провідна інтелектуальна верства, але яка чомусь не здатна наочно, зримо, достовірно продемонструвати свою відданість Правді, Честі, Справедливості, Закону, Гідності.

Отже, спробуємо дати визначення цим чеснотам в їх єдності з протилежними поняттями. Правда не може бути понятійно визначена без її співвіднесення з Кривдою. Отож, визначення правди має включати в себе всю сукупність, умовно кажучи, «позитивних» якостей людини в їх взаємодії з «негативними» як у ній самій, так і в інших людях при взаємодії з ними як членами суспільства. Найперше, правду слід визначати як певну модифікацію справедливості на тій підставі, що обидва слова мають спільний корінь. Тому правдиве повідомлення про певну подію має бути проявом справедливості.

Людина як суспільна істота формується в певних особливих умовах, які, будучи для неї також об'єктивними, проявляються як щось суб'єктивне, але з позицій інших людей. Об'єктивне як правдиве, таке, що відповідає наявній дійсності, вступаючи в комунікативну взаємодію з іншим об'єктивно правдивим, відчуває свою нібито неправду, тобто кривду, вона ж і несправедливість. Започаткований процес невідповідності індивідуально сформованих правдивих проявів об'єктивності спонукає до самозахисту, адже живий організм має перспективи для продовження життя за умови збереження стану рівноваги, яку забезпечує гомеостаз. Останній в його соціально-духовному суспільному бутті передбачає постійний обмін інформацією між людьми, без якого біологічний організм не набуває статусу людини.

Через те, що всі зазначені в заповідях чесноти споріднені в якості найвищих цінностей, не має особливого значення те, з якої починати визначення. Почнемо з визначення змісту поняття честі, що зумовлюється існуючою директивно-примусовою вимогою до нотаріуса проявляти повагу до клієнтів, до рівня їх компетентності, врешті, до їх честі. Наслідком такої взаємодії має бути взаємна довіра, взаємне сприйняття обома сторонами результату або консультації, або ж посвідчення правомірності документів в якості таких, що відповідають принципу законності.

Якщо давати визначення Честі як чесноти, то це абсолютна відповідність дій людини прийнятим в суспільстві нормам взаємодії між людьми, оскільки вони є для неї її усвідомленим внутрішнім обов'язком. Всі чесноти вимагають завжди діяти згідно вимоги розуму, що в такому абсолютному статусі практично неможливо. Адже абсолютні істини завжди відносні щодо умов застосування їх в якості способу взаємодії між людьми. Але, нотаріуси, посвідчуючи законність нотаріальних операцій чи певних документів, вимушені діяти згідно вимог «чистого» вольового розуму, оскільки це обов'язкова професійна вимога. Це зайвий раз підкреслює винятковість цієї професії та необхідність держави всіма можливими засобами популяризувати нотаріальну спільноту, надавати їй певний пріоритет у справі вдосконалення правового законодавства і закріпити за ними право законодавчої ініціативи.

*Закон в його суспільному вимірі – це внормована можливість діяти миру і злагоди між людьми, сформована на основі визнання їх права на певну міру відхилення від загальних для суто природних об'єктів його атрибутивних ознак.* Звідси й принцип верховенства Права перед Законом в його суто об'єктивно-природному прояві. Міра відхилення в кожній людині як природної індивідуальності різна, але вона санкціонована якщо не кожною особою, то її представниками в органах законодавчої влади.

Якщо виходити зі специфіки закону, який приймають люди, вдаючи при цьому, що вони як суб'єктивні істоти здатні у своїй законодавчій діяльності досягти максимальної міри об'єктивності, то потрібно вести мову про Правовий Закон, внутрішній зміст якого пронизаний Справедливістю. Звідси потреба у її понятійному визначенні. Отже, *Справедливість – це така дія правового*

законодавства, яка забезпечує тривалий і стабільний мир і злагоду як між людьми в їх повсякденній взаємодії, так і суспільство в його цивілізаційному розвитку. Правда як похідна від справедливості – це повідомлення про об'єктивний зміст певної події, викладений людиною з максимально можливою мірою для неї як суб'єктивної істоти відвертості. Визначення вже містить в собі положення про те, що правду завжди супроводжує певна міра викривлення її змісту кривою суб'єктивності. Свідомого, якщо це людина без честі, закону та справедливості, людина, яка ігнорує заповідь «радитись із Честю».

Таким чином, ми підійшли до необхідності понятійно визначити заповідь, названу Гідністю. Але це не означає, що саме вона є вихідною й тому завершальною. Вище ми відзначили, що всі заповіді рівнозначні у своїй ціннісній сутності для будь-якої людини. Але в першу чергу для людей, що складають нотаріальну спільноту та ЗВО. Адже до всіх інших спільнот таких жорстких вимог, закріплених як неодмінний внутрішній обов'язок, держава не ставить.

Отже, *Гідність* – це інтегральна мотиваційно спрямована ціннісна чеснота людини, сформована завдяки усвідомленій необхідності трансформації змісту понять *Чесць*, *Закон*, *Справедливість*, *Правда* в розумно-вольовий спосіб життєдіяльності як мета-граничний.

Наведені міркування дозволяють вважати, що нотаріуси чи не якнайбільше, порівняно з іншими соціальними верствами суспільства, здатні трансформувати зміст понять, які виступають для них в якості визначальної, особисто й особистісно усвідомленої ідеї життя. Тому саме така категорія людей гідна того, аби бути визначальним суб'єктом у процесі формування демократично-правового суспільства.

Те ж саме слід віднести й до професорсько-викладацького складу та студентства закладів вищої освіти. Небажаного душевного вигорання не буде в тому випадку, якщо в них будуть домінувати зазначені правові та водночас морально-етичні заповіді не лише як зміст певних навчальних предметів, але і як спосіб життєдіяльності, що є цілком очевидно-достовірним для спостереження всіма учасниками навчально-освітнього процесу. А він має такий статус, якщо реалізується суб'єкт-суб'єктна взаємодія.

Список використаних джерел

1. Дякович М.М. Хрестоматія нотаріального права України: Навчальний посібник. – К.: Істина, 2017. – 440 с.

## **ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ ЛЮДЕЙ ЗРІЛОГО ВІКУ ТА ЙОГО СПЕЦИФІКА В УМОВАХ ШВИДКОГО ВПРОВАДЖЕННЯ ДІДЖИТАЛ-ТЕХНОЛОГІЙ: СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ АСПЕКТИ**

*Поліщук Олена Петрівна,  
доктор філософських наук професор,  
професор кафедри філософії та політології  
Житомирського державного університету імені Івана Франка*

Одним із викликів соціального життя країн Європи, США, Японії та низки інших країн є феномен «старіння нації», коли частка працездатного населення спільноти значно зменшується і, відповідно, частка людей пенсійного віку зростає. Така ситуація породжує не тільки соціально-економічні ризики і виклики, але й вимагає більш пристальної уваги до їх наслідків з боку соціальних інституцій і дослідників, коли мова йде про людський капітал чи соціальні взаємодії, наприклад, до явищ ейджизму, емоційного вигорання та ін. Проте її значущість, на наш погляд, зумовлена й тим, що у багатьох сучасних країнах в умовах Industry 4 йде активне впровадження діджитал технологій у виробництво та побут. Ця проблема є актуальною й для України, а в умовах триваючої російсько-української війни вона лише загострюється. Тому розгляд проблеми емоційного вигорання людини зрілого віку видається важливою, адже найчастіше така група людей не підлягає військовому призову і є, крім того, значною у «старіючій» спільноті й основною працездатною групою населення.

Як стверджується за результатами Національного інституту проблем здоров'я та професійної безпеки, емоційне вигорання або явище хронічної втоми турбує понад 35 млн сучасників [1, с. 89]. Передусім звернемо увагу, що явище емоційного вигорання працівника пов'язане із стресогенними умовами його життя й праці та має наступні риси: 1) залежить від значних обов'язків, покладених на працівника, і великої відповідальності за результати його діяльності; 2) пов'язана із ситуацією необхідності прийняття швидких рішень при виконанні ним професійних обов'язків в умовах значного, насамперед, інтелектуального напруження; 3) зумовлена потребою зберігання працездатності в екстремальних або постійно змінних умовах; 4) фіксується найчастіше серед

представників так званих альтруїстичних професій – учителі, викладачі, лікарі, соціальні працівники тощо; 5) супроводжується хронічною втомою та зменшенням рівня працездатності, зменшенням уважності і перенапруженням пам'яті, негараздами зі сном (раннє пробудження на тлі важкого засинання); 6) пов'язана із підвищеною тривожністю та відстороненістю [5, с. 141- 142].

У нашій країні на початок 2022 р. мешкало 43 млн 792 тис. осіб, за даними ООН; до того ж, у 2020 р. кількість громадян віком до 17 років становила 17,9 %, а кількість чоловіків 15-19 років була майже в 2 рази мєша, ніж чоловіків віком 35-39 років; жінок віком 40-69 років більше, ніж чоловіків на 23 % [4]. Варто також звернути увагу, що в Україні йде пенсійна реформа і, відповідно, змінено уявлення про вікові параметри людини передпенсійного віку. Зокрема в Україні, Польщі, Словаччині, Болгарії, Естонії понад 30 відсотків опитаних вважають, що жінка чи чоловік досягає старості, коли перетинає межу 60-річчя, тоді як у країнах Північної Європи переважна більшість вважає таким віком – 70 років [2, с. 11]. Проте вікова ознака пов'язана із рівнем матеріального забезпечення, способом життя, поведінкою та фізичними й інтелектуальними можливостями людини. Крім того, вона тісно пов'язана із медичними презентаціями (стан здоров'я і хвороби, експертний медичний контроль та втручання за потреби). А етичні аспекти її врахування торкаються передусім соціального статусу особи та тих норм, які мають місце в спільноті як легітимна практика зносин між людьми за віковою ознакою, що в єдності визначає сенс людського існування.

Хочемо звернути увагу, що станом на 2014 р. кожний четвертий громадянин України – це пенсіонер за віком, однак більш незвичним є те, що в країні майже кожний другий – особа, що має понад 45 років [3, с. 4]. До того, у цій групі основна маса, не залежно від статі чи місця проживання (міське або сільське населення), – це люди віком 50-55 років (за даними Держстату України про статеві-вікову піраміду населення України, 2013 р.) [2, с. 23, 25]. А якщо звернути увагу, що працездатним віком найчастіше вважається 15-64 роки [2, с. 33], тоді в Україні маємо доволі незвичний індикатор навантаження населення: основною групою працездатного віку виступають люди саме зрілого віку, з-поміж яких за кількістю переважають люди передпенсійного віку. До того ж, в умовах війни вони менше від'їжджають на роботу за кордон і навряд чи практикують частий відпочинок у ретритах та ін. Тобто, працівниками зрілого працездатного віку в нашій країні фактично є кожний другий громадянин, і це досить тривожний сигнал для нашого суспільства. Адже в Україні працівники зрілого працездатного віку, серед яких переважають особи віком понад 50 років, разом із працюючими пенсіонерами фактично й забезпечують, як основна група, функціонування ринку праці країни в умовах війни. І в найближчій перспективі ситуація погіршиться через бойові втрати людей віком до 45 років, особливо чоловіків, зростання кількості непрацездатних та різке зменшення народжуваності через наслідки війни.

Треба зауважити, що жінки і в зрілому віці перебувають найчастіше у ситуації одночасного виконання соціальних ролей «працівника» із поєднанням «працівниці у домі», тому коли працедавець вимагає від них швидкого опанування нових функцій чи набуття умінь для обслуговування діджитал технологій, це різко збільшує їхнє фізичне та емоційне навантаження.

До того ж, попри тривалість бойових дій на території України – понад вісім років, не спостерігається з боку працедавців і держави, як регулятора стосунків на ринку праці, врахування того моменту, що резерви психоемоційної й фізичної витривалості людини, як істоти, не є безмежними (хоча при використанні робототехніки чи оргтехніки прийнято зважати на граничний термін використання). І, відтак, проблема емоційного вигорання в нашій країні набуває іншого вияву, ніж в країнах Європи чи США. Тобто, враховування напрацювань вікової психології щодо фізичних можливостей, уваги, пам'яті людей різних вікових груп є на часі та має бути важливим для кожного працедавця і керівника, для ефективного й виваженого використання людського капіталу з точки зору перспектив розвитку України. Важливо враховувати й національно-культурні стереотипи у зносинах різних вікових груп на тлі викликів, зумовлених затяжною війною й особливістю демографічної ситуації в Україні.

Як висновок, в умовах війни українське суспільство має усвідомити про тісний зв'язок працездатності працівника із його внутрішнім станом. І якщо маємо в країні державну політику щодо осіб поважного віку (проте це переважно непрацююча частина суспільства) чи підтримки сімей, в яких проживають особи похилого віку, то емоційному вигоранню людини зрілого й передпенсійного віку не приділяється належна увага ані з боку держави, ані з боку громадської думки (на тлі тривалої війни в країні і вимог ринку праці, що вимагає від представників багатьох професій постійного вивчення новітніх інформаційних технологій і діджитал продуктів, які постійно стрімко оновлюються, а, відтак, зростання все більшого рівня навантаження людського



капіталу в Україні). Тому науковцям, як видається, необхідно активніше впливати на громадську думку, доносячи до широкого загалу та апарату управління різних рангів, що платник податку є важливою особою в будь-якій країні, і якщо серед платників податків домінуючою групою виступають люди зрілого віку, то на їхні потреби необхідно звертати належну та своєчасну увагу.

Список використаних джерел

1. Киселиця О.М., Богданюк А.М., Гуліна Л.В., Свекла Р.М. Прогнозування та запобігання синдрому професійного вигорання і хронічної втоми учителів фізичної культури. Молодий вчений. 2018. № 3.3 (55.3). С. 89-92.
2. Населення України. Імперативи демографічного старіння [монографія]. Київ: ВД «АДЕФ-Україна, 2014. 288 с.
3. Тополь Ольга Володимирівна. Філософія похилого віку: екзистенційний та соціокультурний вимір: дис. наук. ступеня доктора філософських наук. Київ, 2012. 366 с.
4. Соціально-демографічна ситуація в Україні: шляхи подолання наслідків війни. URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/sotsialno-demohrafichna-sytuatsiya-v-ukrayini-shlyakhy-podolannya>
5. Шевчук В.В. Сучасні підходи до визначення категорії «емоційне вигорання». Габітус. 2020. Вип. 17. С. 141-145. <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2020.17.25>

### **ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ: «CONSUMOR ALIIS INSERVIENDO»**

*Поцулко Олена Анатоліївна,  
кандидат історичних наук, доцент,  
доцент кафедри мовних та гуманітарних дисциплін №1,  
Калишко Єлизавета Олексіївна,  
Бабошкін Артем Ігорович,  
Студенти 2 курсу медичного факультету №1,  
Донецький національний медичний університет, м. Лиман*

Фраза «Consumor aliis inserviando» відноситься до періоду класичної латини і лікарського середовища, що в перекладі означає «Згораю, світло даючи». Цей вислів був поширений в Європі і часто згадувався в численних виданнях XVI ст., але його автор залишився невідомим. Сьогодні багато медичних організацій і рухів в області охорони здоров'я використовують цю крилату фразу як девіз.

Вигорання – це сукупність негативних реакцій людини на тривалий випробовуваний стрес на роботі та, особливо, у соціальному середовищі. Воно є тривалим або хронічним. Має тенденцію продовжуватися протягом певного періоду, а не бути гострою, короткочасною реакцією. Більше того, з часом, це може приймати різні форми [3, с. 834].

На сьогодні налічується шість фаз розвитку професійного вигорання (далі ПВ). Першою фазою є попереджувальна, головними ознаками якої є надмірна участь та активність, відчуття незамінності. Також вона характеризується відмовою від потреб, не пов'язаних з роботою, витісненням невдач і розчарувань. Можливі обмеження соціальних контактів. Виснажуються відчуття втоми, безсоння. Зниження рівня власної участі та втрата позитивного сприйняття по відношенню до колег, пацієнтів. Такі ознаки наголошують про початок другої фази. Відбувається перехід від допомоги до нагляду та контролю. Людина починає приписування іншим провини за власні невдачі. По відношенню до решти оточуючих вона відчуває відсутність емпатії, байдужість, цинічні оцінки, а до власної діяльності – небажання виконувати свої обов'язки. Також, не менш важливими ознаками другої фази є запізнення на роботу чи ранній відхід з неї, довгі перерви, акцент на матеріальний аспект при одночасній незадоволеності працею. Зростають вимоги втрат життєвого ідеалу і концентрація на власних потребах. З'являються почуття переживання того, що інші тебе використовують, заздрість та ін. Головними ознаками наступної фази є емоційні реакції. Починається депресія, з'являється постійне почуття провини, знижується самооцінка. Виникають безпідставні страхи, перепади настрою, апатія, агресія. Людина звинувачує інших та повністю ігнорує власну участь у невдачах. Толерантність та здатність до компромісу відсутні, замість них – підозрілість, конфлікти з оточенням. Фаза деструктивної поведінки. У сфері інтелекту вона характеризується зниженням концентрації уваги, відсутністю здатності до виконання складних завдань та уяви. Наявна ригідність мислення. У мотиваційній сфері фаза характеризується відсутністю власної ініціативи та зниженням ефективності будь-якого виду діяльності, особливо, професійного. У емоційно-соціальній – з'являється байдужість і уникнення неформальних

контактів. Людина позбавляє себе участі в житті інших, надмірно прихиляється до конкретної особи, уникає тем, пов'язаних з роботою. Відчуває самотність, нудьгу та відмовляється від хобі. П'ятій фазі характерні психосоматичні реакції, такі як зниження імунітету, безсоння, сексуальні розлади. Людина нездатна до релаксації у вільний час. Погіршується стан здоров'я: підвищується тиск, виникають тахікардія, головні болі та у хребті, розлади травлення. З'являється залежність від нікотину, кофеїну, алкоголю. Остання фаза – розчарування. Людина виставляє для себе негативну життєву установку. Виникає почуття безпорадності і безглуздості життя. Розчарування перетворюється на екзистенційний відчай [2, с. 66].

Важливо зауважити, що є багато спеціальних чинників, які мають вплив на фахівців та можуть призводити до ПВ. Серед них найчастішим є однотипний вид роботи, результатом чого є значне погіршення настрою, апатія, втрата амбіційності та інші психоемоційні розлади. Вигорання медичного працівника, здається, негативно впливає на кар'єрний ріст та догляд за пацієнтами. Мета-аналіз, який включав у себе 170 обсервацій досліджень з великою участю лікарів, показав, що з вигоранням вони більш ніж в три рази частіше були незадоволені своєю кар'єрою, шкодували про свій вибір професії і думали про звільнення з роботи. Крім того, вдвічі частіше брали участь в інцидентах, пов'язаних із безпекою пацієнтів. Лікарям був притаманний низький рівень професіоналізму. Вони отримували низькі оцінки задоволеності пацієнтів [4].

Коли ПВ починає активно розвиватися, часто, замість розуміючої людини, з'являється новий «персонаж»: холодний і цинічний. Це відбувається в результаті постійного впливу стресового стану. У медичного персоналу синдром емоційного вигорання зустрічається найчастіше, оскільки кожен день їх робота передбачає наявність стресової ситуації, яка потребує максимальної концентрації уваги. Виявляється в зниженні розумової і фізичної активності, а також розвитку хронічного стресу і ПВ. Як правило, у групі ризику знаходяться саме медичні працівники, тому що їм притаманна підвищена відповідальність за прийняття рішень, людяність і переживання за інших людей, постійна фізична готовність до максимально швидкої допомоги людині, потреба постійно відчувати власну потрібність, добросердя.

Багато випадків ПВ виявлені у лікарів саме хірургічного профілю. Це благородні та відповідальні професії. Часто лише хірургічне втручання, яке професійною мовою називають оперативним, може врятувати найцінніше – людське життя. Велика відповідальність, високі фізичні та психологічні навантаження – саме це призводить до виникнення ПВ у лікарів хірургічного профілю. Він розвивається на тлі хронічного стресу і веде до виснаження емоційно-енергетичних та особистісних ресурсів працюючої людини. Основними ознаками та симптомами ПВ є: зміни у поведінці (коли втрачається інтерес до професії); у психологічному стані (з проявом підвищеної роздратованості, замкненості, образи чи незадоволеності); у мисленні (коли виникають завзяті думки про те, як залишити професію); у стані здоров'я.

Було проведено певне дослідження, метою і завданням якого стало виявлення причин виникнення ПВ у лікарів хірургічного профілю та визначення спеціалізації лікарів, яка найбільш схильна до професійного вигорання. Так, насамперед вигорання дуже сильно відбивається на режимі сну та відпочинку. Такі розлади спостерігаються у середньому у 33% лікарів хірургічного профілю. Повноцінний відпочинок 70% лікарів після робочого дня практично неможливий через те, що вони змушені брати додаткові чергування у своєму лікувальному закладі. Причинами є підвищення власного доходу чи відсутність необхідної кількості медпрацівників, щоб їх замінити. Як результат, 48% лікарів приходять на роботу не відпочивши. Втома від надмірних навантажень накопичується та відчувається вже у 75,3% медпрацівників. Найбільший показник порушення сну у гінекологів – 75%, а втомі у ЛОР-лікарів – 100%. Фізичне та психічне здоров'я будь-якого медпрацівника життєво важливе для безпеки та якості допомоги, яку вони надають [1, с. 44].

Профілактика професійного вигорання зазвичай починається з його діагностичного дослідження. Такий компонент у різному обсязі присутній у будь-яких видах та формах роботи. Об'єктом діагностики можуть бути психофізіологічні, індивідуально-психологічні особливості, емоційна та мотиваційна сфери особистості, соціальна та професійна спрямованість. При діагностиці емоційного стану особливе значення надається так званій нервово-психічній нестійкості, яка є відображенням одночасно психічного та соматичного рівня здоров'я індивіда. Нервово-психічна стійкість (далі НПС) показує ризик дезадаптації особистості в умовах стресу. Мається на увазі тоді, коли система емоційного відображення функціонує в критичних умовах, викликаних як зовнішніми, так і внутрішніми чинниками. Застосування тих чи інших психодіагностичних методик залежить від рівня професійної кваліфікації спеціаліста.

Щоб знизити ймовірність розвитку ПВ або боротися з наслідками надмірного навантаження, що вже з'явилися, рекомендується виконувати наступні поради лікарів: 1) практикувати

релаксуючі методики, не відкладати належну відпустку на більш пізній час, організувати розважальне дозвілля; 2) зайнятися тайм-менеджментом: розподіляти час таким чином, щоб виконувати робочі обов'язки та залишати час на заслужений відпочинок; 3) розподіляти обов'язки (не рекомендується все «звалювати» на власні плечі, якщо є можливість розподілити частину завдань на інших людей); 4) включити у тижневий розпорядок дня заняття у спортивній секції чи відвідувати басейн; 5) приділяти час на зустрічі з близькими друзями, проводити спільні заходи із сім'єю; 6) згадати про улюблені хобі та заняття; 7) зробити собі подарунок, пройтися магазинами.

Отже, якщо розвивається ПВ, то негативним чином він впливає на робочий процес, призводить до формування стресового стану, погіршення пам'яті і концентрації уваги. Коли людина запускає цей стан, може розвинути тривала та стійка депресія, головний біль різної інтенсивності, тобто лікар перестає бути лікарем.

Список використаних джерел

1. Баулін А. А., Алакіна Н. Г., Стешкіна І. В., Баулін В. А. Професійне «вигорання» у лікарів хірургічного профілю // Хірургія. – 2013. – № 7. – С. 43–48.
2. Громцева О. В. Уявлення про професійне вигорання медичних працівників та дослідження його феноменології // European Journal of Management Issues. – 2019. – Volume 27(3-4). – Р. 63 – 72.
3. Densten I. L. Emotional Burnout // Re-thinking burnout. Journal of Organizational Behavior. – 2001. – № 23 – С. 833 – 847.
4. Friedman Michael, Solomon David // What's new in psychiatry. – Jan. 04, 2023.

## **ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ВИКЛАДАЧІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ**

*Рагріна Жанна Михайлівна,  
кандидат педагогічних наук,  
доцент, декан І міжнародного факультету,  
Репетун Альона Костянтинівна,  
викладач кафедри мовної підготовки,  
Запорізький державний медичний університет*

Зважаючи на непрості умови організації праці, трансформації в освітньому середовищі, спричинені воєнною агресією РФ проти України, діяльність викладача стала надзвичайно емоційною і напруженою. Окрім того, сформований комплекс економічних і соціально-психологічних проблем в умовах військового стану країни вимусив викладачів закладів вищої освіти пристосовуватися до незапланованих змін та життя й роботи в умовах воєнного стану, адаптовувати навчальний процес до роботи в надзвичайних ситуаціях, знаходити нові шляхи спонукання та мотивації студентів. Усе зазначене спричиняє сильний тиск на емоційний стан викладача та стає вагомою причиною знесилення, професійного й емоційного «вигорання».

З огляду на концепцію стресу, автором якої є Г. Сельє, професійне вигорання – це дистрес або третя стадія загального адаптаційного синдрому – стадія виснаження, що характеризується вираженим зниженням енергетичного тону і ослабленням нервової системи. Емоційний захист у формі вигорання є невід'ємним атрибутом особистості [6]. Можливими проявами напруженості є: збудження, підвищена дратівливість, занепокоєння, м'язова напруга, затиски в різних частинах тіла, почастищення дихання, серцебиття, підвищена стомлюваність, апатія тощо. При досягненні певного рівня напруженості організм починає намагатися захищати себе.

Аналіз симптоматики вигорання вказує на те, що вона зачіпає різні рівні, від фізичного самопочуття до життєвих установок. Таким чином, можна зробити висновок про те, що емоційне вигорання – це багатокомпонентне явище зі складною структурою. Структуру емоційного вигорання складають три компоненти: емоційне виснаження, деперсоналізація (особистісне віддалення) і зниження професійної мотивації.

До стресогенних особливостей педагогічної діяльності належать психологічний клімат (педагогічний колектив); необхідність здійснення частих і тривалих контактів із людьми (перенасичення спілкуванням); взаємодія з різними соціальними групами (учні, їхні батьки, колеги, представники адміністрації) тощо. Усі ситуації спілкування, обтяжені високою відповідальністю за людей, супроводжуються високою емоційною та інтелектуальною напруженістю.

Важливим аспектом попередження професійного вигорання педагога є набуті знання в області психологічної науки та можливості практичного їх застосування. Постійне підвищення власної психологічної компетентності вчителя сприятиме розширенню меж особистісної усвідомленості, професійної рефлексії та психологічного благополуччя в цілому.

В умовах сьогоденної кризи, беручи до уваги більш напружені умови і почастищення прояву симптомів «вигорання» через військові дії на території України, ВООЗ опублікував на своєму сайті низку рекомендацій, щоб попередити цей феномен:

1. Візьміть перерву.
2. Піклуйтеся про себе.
3. Плануйте день.
4. Хваліть себе.
5. Чергуйте складні завдання з приємними.
6. Говоріть про себе лише позитивне.
7. Частіше займайтеся улюбленою справою.
8. Будьте фізично активними.
9. Будьте уважні.
10. Зверніться до фахівця [5].

Вигорання є одним із проявів професійної деформації особистості. Високий рівень синдрому професійного вигорання негативно позначається на психологічному і соматичному здоров'ї педагогів, на взаєминах з учнями і на якості виконуваної педагогічної діяльності. Отже, педагоги як професійна спільнота підвищеної соціальної значущості мають бути об'єктом особливої уваги й турботи регіональної адміністрації. Необхідна довгострокова комплексна цільова програма роботи з кадрами зі збереження кадрового складу, добору і підтримки найбільш стабільного здорового ядра колективу. Свою роль у цьому можуть зіграти психологічні служби.

Список використаних джерел

1. Емоційне вигорання. упоряд. В. Дудяк. К.: Главник, 2007. 127 с.
2. Калошин В. Ф. Як долати стрес у педагогічній діяльності. Практична психологія та соціальна робота. 2004. № 9. С. 60-66.
3. Maslach C., Golberg J. Prevention of burnout: New perspectives // Applied and preventive Psychology. 1998. Vol.7. P. 63-74.
4. Ефективні поради від емоційного вигорання під час війни [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://mon.gov.ua/ua/news/efektivni-poradi-vid-emocijnogo-vigorannya-pid-chas-vijni>
- Maslach C., Jachson S. E. The measurement of experienced burnout // Journal of Occupational Behaviour. 1981. No 2. P. 99-113.

## ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ У ПРАЦІВНИКІВ РЕАНІМАЦІЙНОГО ВІДДІЛЕННЯ

*Самойленко Олена Валентинівна,  
канд.філ. н., доц., завідувачка кафедри мовних та  
гуманітарних дисциплін №1,  
Кульбіда Ольга Олександрівна,  
студентка медичного факультету №3,  
Донецький національний медичний університет*

Емоційне вигорання у медиків – це складний процес виснаження, роздратованості та втрати сили, що виникає внаслідок роботи та постійного контакту з людьми. Медичні працівники постійно знаходяться в місцях з великою кількістю людей, які потребують спілкування та медичної допомоги чи консультації, і це психологічно важко, з часом виснажує.

Актуальність дослідження емоційного виснаження у медичних працівників реанімаційного відділення досить висока, тому що саме вони стикаються з великим потоком пацієнтів, частою смертністю та невдоволенням не тільки з боку пацієнтів та їх рідні, але й зі сторони власних родичів.

На думку К. Маслач, вигорання на роботі – емоційне виснаження, яке виникає внаслідок стресу, тісного контакту, як психологічного так і фізичного, та передбачає втрату поваги до хворих та відсутність позитивної мотивації.

Отже, голландський хірург Ніколас ван Тульп запропонував символ медицини – палаючу свічку з надписом «Consumor aliis inserviendo». Це означало «Згораю сам, світло даючи». Адже, усі медики настільки багато свого часу присвячують своїм пацієнтам і медицині в цілому, що часу для насолодження життям майже не лишається. Але ті хто обрав цей шлях, обирає серцем.

Коли, людина усією душею бажає допомогти, коли отримує задоволення від важкої зміни, від того, що вже мозолі на носі від респіратор та подразнення на руках від рукавиць, від безсонних ночей на чергуваннях, але ціна цього одне врятоване життя. Може бути маса негараздів, але винагорода дійсно гідна.

Тоді чому ж спостерігається емоційне вигорання? З власного досвіду можна сказати, що його ознаки можуть з'являтися після трьох років роботи у відділенні реанімації.

На жаль, через нестачу персоналу, працівникам доводиться брати додаткові чергування або працювати без відпустки, що пришвидшує професійне вигорання. Постійні летальні випадки у відділенні призводять до емоційного спустошення, що не може не позначитися на моральному стані медичних сестер.

Ситуація у відділеннях інтенсивної терапії ще ускладнилася з початком епідемії COVID-19, коли різко збільшилася кількість смертей пацієнтів. Хворі, які потребують апарату кисневої підтримки, дуже залежать від медичних сестер, бо не можуть самостійно навіть попити, що збільшує фізичне навантаження на персонал. Окрім цього, працюючи з хворими на коронавірус лікарі та медсестри опинилися в зоні постійного ризику, багато з них перехворіли цією вірусною хворобою. Усі ці додаткові фактори призвели до того, що певна кількість медичного персоналу в нашій країні звільнилася, не витримавши постійного психологічного та фізичного тиску.

Ті, хто залишився, часто скаржаться на зменшення співчуття до пацієнтів та постійну роздратованість. Агресія персоналу та його неввічливість – це наслідки емоційного вигорання.

Вирішення проблеми вимагає індивідуального підходу до кожного, яке спрямоване на отримання позитивних емоцій, налаштування та контроль власних дій.

З метою виявлення ознак професійного вигорання було проведено опитування працівників реанімаційного відділення.

У реанімаційному відділенні Славутської міської лікарні працює 12 медичних сестер, більшість з них (8 осіб) передпенсійного віку, де стаж роботи великий. У молодих медичних сестер проявів емоційного вигорання менше, але ставлення пацієнтів та постійна напруга, смерті пацієнтів негативно впливають на них, що проявляється інколи мимовільною дратівливістю і втомою.

Представники старшого віку скаржаться на істотне погіршення емоційного стану: медсестри відмічають, що не завжди можуть контролювати власні емоції (як на роботі, так і вдома), втрачають ентузіазм та інтерес до роботи, не можуть працювати так швидко, як раніше. Це пояснюється тим, що без психологічної підтримки та відпочинку з роками ситуація погіршується. Ситуація змінюється, коли персонал повертається після відпустки, коли відсутні смерті на чергуваннях та коли менше навантаження на відділення. Для усунення симптомів емоційного вигорання необхідно змінювати вид діяльності.

Але коли це зробити неможливо, то, щоб покращити психологічний стан медичного персоналу, потрібно дарувати позитивні емоції. Проводити конференції з психології, як керувати своїми думками, словами та діями, а також як діяти у стресових ситуаціях, як врегулювати гнів та інші негативні емоції.

А ще потрібно відпочивати, негативні емоції «виганяти» з голови фізичними вправами чи творчими заняттями. Поза межами лікарні не піднімати теми роботи і на час вихідних забувати про проблеми, які є там. Треба більше подорожувати, ходити до театру та кіно, постійно отримувати нові враження.

## **ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРЯННЯ КРИЗЬ ПРИЗМУ ФОРМУВАННЯ НОВОГО ІМІДЖУ ПРОФЕСІЇ ЛІКАРЯ В СУЧАСНИХ УКРАЇНСЬКИХ РЕАЛІЯХ**

*Спиця Наталя Валеріївна,  
к.філос.н., доцент кафедри суспільних дисциплін,  
Жовніренко Анастасія Сергіївна,  
студентка 9МК групи 3-го курсу  
I-го медичного факультету, спеціальності «Медицина»,  
Запорізький державний медичний університет*

«Consumor aliis inserviando» – «Сяю іншим, згораю сам», звучить досить двояко і жорстко, чи не правда? Людина яка допомагає іншим, готова «згоріти» живцем заради всього світу. В XVII ст. ця фраза стала девізом нідерландського лікаря Ніколаса ван Тульпа, який, згідно з певними джерелами, наполягав щоб емблемою лікування стала запалена свічка, як символ лікарів, які поспішали допомогти своїм пацієнтам.

В суспільстві існує розхожа думка про те, що лікарі мають постійно приносити себе в жертву на благо загального: «Вони самі обрали собі такий шлях. Вони знали, що на них чекатиме. То що їм тепер не подобається?». Це правда, лікарі – люди які щодня стикаються з різними ситуаціями, зустрічають різних пацієнтів, бачать стан хворих та мають стикатися з такими речами від яких у пересічного громадянина м'яко кажучи «кров у жилах холоне». Медицина – це не та професія,

коли ти постійно у випрасуваному білому халаті з чистими руками, це важка робота яка не кожному під силу. Не кожен витримає тягар смерті пацієнта. Не кожен готовий провести ризиковану операцію, яка може за лічені секунди вирішити людську долю.

В суспільстві існує певний імідж лікаря, як людини цинічної, жорсткої та навіть дещо зухвалої. Людям здається, якщо лікар не виказує розпачу та смутку на публіку, не плаче і не страждає, спілкуючись із родиною тяжкохворого пацієнта, то він нічого такого і не переживає – черствий та бездушний.

Але варто змінювати цей імідж одвічного циніка від медицина доктора Хауса, або «гарного лікаря» з серіалу, який за природою своєї психіки просто не здатен відчувати емоції притаманні кожній людині. Варто розповідати світові, що лікарі теж люди, вони так само здатні мислити і відчувати, їм також буває нестерпно болісно. Просто їм не можна виказувати емоції там, де пересічна людина обов'язково заплаче або відчує глибокий смуток і не буде соромитись цих почуттів. Мало хто з людей не причетних до сфери медицини замислюється над тим, що відчуває лікар який тільки-но спілкувався з пацієнтом у його палаті, а за деякий час йому повідомляють про його смерть. Як це, коли тебе обговорюють за твоєю спиною, а ти намагаєшся допомогти пацієнтові якнайшвидше? Лікар починає все частіше відчувати важкі емоції: страх, гнів, лють, сум, образа, сором, і, можливо, найстрашніше – лікар дуже часто відчуває самотність. Чому саме самотність? Тому що лікарі у нашому суспільстві, яке все ще несе на собі тягар травматизованого минулого, що відлунням впливає на сьогоднішній день, коли люди цієї професії представляли собою силу державної влади і деонтологічно не мали права транслювати людські емоції на широкий загал, не звикли комусь висловлюватися, скаржитися, вимагати вислухати, тощо. Крім того, лікар не звик показувати свою слабку сторону, інакше це може перешкодити його діям під час роботи. Один неправильний рух – довічна помилка або кінець життя для хворого. Один невірний діагноз – кінець кар'єри. І коли накопичується весь цей емоційний потік, тоді і з'являється – синдром професійного вигорання лікаря.

У процесі вигорання життєва енергія людини вичерпується та виникають проблеми зі здоров'ям. Стрес, відчуття втоми, безсоння, часті головні болі, болі у спині, апатія, тремор кінцівок, запаморочення, можливі різні галюцинації, нудота, тощо. Деякі медпрацівники в таких умовах починають страждати на алкоголізм або ж вживати різноманітні наркотики та інші психотропні речовини. Або ж може статися щось страшне – суїцид, смерть. Мало хто з людей далеких від медицини замислювались про це. Тому, на наш розсуд, треба до цього серйозно ставитися. У лікарнях, поліклініках, шпиталях мають бути кімнати для відпочинку персоналу з усіма зручностями. Обов'язковою має стати психологічна допомога, коли представник психологічної служби може вислухати та надати кваліфіковану допомогу в скрутному становищі. Самі лікувальні установи мають здійснювати постійний моніторинг стану власних фахівців, проводити різноманітні профілактичні тренінги, стимулювати мотивацію і підтримувати професійний тонус, створення атмосфери взаємної підтримки в робочому колективі, та налагодження чіткої комунікації. Тоді лікарі, медсестри, фельдшери будуть впевнено почуватися, краще виконувати свої професійні обов'язки і будуть готовими до порятунку людського життя.

Питання професійного вигорання лікаря є не тільки проблемою внутрішньою, суто професійною в лоні медицини, це питання загальносуспільного рівня значущості, коли ми, по-перше, маємо змінювати імідж сучасного українського лікаря, розповідаючи правду про нього, про його готовність до самопожертви, про тих, хто зараз, під час війни, лікує під обстрілами, а не ховається, про тих, хто допомагає пораненим, про тих, хто віддає своє життя заради порятунку інших – серед них і наші викладачі, і наші студенти. Війна є тією новою точкою відліку, коли змінюються погляди на багато речей і ми маємо багато та відверто говорити, повторювати суспільству про те, хто такий лікар насправді. Самопожертва українських лікарів, які без всілякого піару, довгих розмов та нудних скарг працюють в безжальних умовах війни, в найбільш загрозливих умовах, де кожної миті може статися лихо, така тиха і віддана самопожертва має бути максимально висвітлена у ЗМІ, у соціальних мережах, про це маємо говорити на семінарах і лекціях, про це маємо розповідати знайомим, писати тези та статті. Адже ті, хто світить та, нажал, іноді згорає в полум'ї сьогоднішньої війни, змінюють це суспільство своїм подвигом не менше ніж воїни ЗСУ, енергетики та волонтери. Вони впливають на нашу свідомість, формують новий генетичний код нації. І про це має знати українське суспільство.

І, по-друге, після завершення війни, після нашої перемоги, ми ще маємо дуже багато зробити для того, щоб підтримати лікаря та вберегти людину в цій такій шляхетній, але такій важкій професії де треба не згоряти, а яскраво світити, допомагати цим світлом багатьом протягом довгого та продуктивного шляху професії лікаря.

## СЕКЦІЯ 5. ПРОБЛЕМА ТІЛЕСНОСТІ

### СИНТЕЗ МИСТЕЦТВ ЯК РЕСУРС АРТ-ТЕРАПІЇ SYNTHESIS OF THE ARTS AS A RESOURCE OF ART THERAPY

*Ареф'єва Анна Юріївна, докторантка  
Державного педагогічного університету імені Михайла Драгоманова  
ORCID ID 0000-0003-4619-9281*

*Arefieva Anna Yuriiivna,  
doctoral student of the State Pedagogical University  
Mykhailo Drahomanov University*

#### Анотація

**Актуальність проблеми.** Арт-терапія як застосування сугестивного (естетичного) потенціалу мистецтва потребує зміни локусу бачення проблеми з об'єктного на суб'єктивний, де епіцентром арт-ідентичності людини стає творчість реципієнта. **Метою статті** є визначення феномену арт-терапії як системи актуалізації синтетичних інтенцій естетичної рецепції в контексті синтезу мистецтв. **Методологія дослідження** орієнтована на компаративний (порівняльний) та системний підходи. **Наукова новизна** позначається тим, що феномен арт-терапії аналізується у вимірі синтетичності художнього образу як результат синестезії (перекодування модальностей перцептивного образу) та діалогу культур. **Висновки.** Аналіз матеріалів хворих митців (щоденників, листів, мистецьких творів) довів, що вони залишалися естетично і морально здоровими, поки мали здібність творити. Арт-терапія як саморефлексія та самореалізація в творчості мала лікувальний ефект. Це дає можливість стверджувати, що актуалізація творчого потенціалу естетичної рецепції є необхідним і достатнім механізмом творчого очищення (катарсису) в естетичному акті споглядання творів мистецтва.

**Ключові слова:** арт-терапія, художній образ, творчість, арт-ідентичність, синтез мистецтв.

#### Abstract

The urgency of the problem. Art-therapy as an application of the suggestive (aesthetic) potential of art requires a change in the locus of vision of the problem from an object to a subjective one, and the recipient's creativity becomes the epicenter of a person's art identity. The purpose of the article is to define the phenomenon of art-therapy as a system of actualization of synthetic intentions of aesthetic reception in the context of art-synthesis. The research methodology is focused on comparative (comparative) and systemic approaches. The scientific novelty is characterized by the fact that the phenomenon of art-therapy is analyzed in terms of the syntheticity of the artistic image as a result of synesthesia (recoding of the modalities of the perceptual image) and the dialogue of cultures. Conclusions. Analysis of the materials of sick artists (diaries, letters, works of art) proved that they remained aesthetically and morally healthy as long as they had the ability to create. Art-therapy as self-reflection and self-realization in creativity had a therapeutic effect. This makes it possible to assert that the actualization of the creative potential of aesthetic reception is a necessary and sufficient mechanism of creative purification (catharsis) in the aesthetic act of viewing works of art.

**Key words:** art-therapy, artistic image, creativity, art identity, synthesis of arts.

«Казкотерапія», «драмотерапія», «бібліотерапія», «ігротерапія», «кольорова терапія» – далеко не повний набір терапевтичних номінацій культурних практик, зокрема мистецтва, які стають засадою лікувальних технологій. Такий підхід можна назвати «об'єктивним», коли феномени мистецької палітри впливу на людину стають засобами арт-маніпуляцій образами. Нічого, окрім утилітаризму ця стратегія не привносить в сферу сугестії арт-об'єктів. Нівелюється феномен estesis як чуттєве самоудосконалення людини в світі.

В. Личковах відмічає: «На сьогодні теорія і практика естетотерапії набуває все більшого розповсюдження у сфері психотерапії і психоневрології (особливо у Франції, США, Росії). Шизофренія (у т. ч. і дитяча), різноманітні неврози, стресові і нав'язливі стани досить успішно лікуються з використанням методик власної творчості пацієнтів, коли в процесі образотворення відбувається сублимація витіснених стресових вражень, їхня трансформація в позитивну енергетику творчості. Художня об'єктивізація пригнічених станів допомагає звільнитися від них, перевести з внутрішнього плану в зовнішній, споглядати свій біль як винесений назовні, а тому дистанціюватися, «відчувуватися» від нього. Так само естетично і медично ефективною є методика створення скульптурного портрета на очах у психічно хворого пацієнта: відбувається перенесення другого, шизофренічного «я» на реальний пластичний образ. Хворий позбавляється від присутності «alter ego» всередині себе, а тим самим – від постійної напруженої боротьби між двома внутрішніми іпостасями власного «Я», розщепленого на дві ворогуючі між собою

індивідуальності. Методи арт-терапії починають поширюватись і в інших клінічних практиках. Звичайно, не як основний засіб, а як допоміжний, пов'язаний зі психотерапією під час лікування і в реабілітаційний період» [1, с. 102]. Втім, певна «об'єктивація стану» корелює з глибинним «поглядом в себе». Так, відомі приклади, коли важко хворі художники самі «лікували» себе у власній творчості. М. Врубель, Б. Кустодієв створили чудові роботи, знаходячись в стані важкої хвороби. Головним принципом, недооціненим в арт-терапії, є феномен занурення «пацієнта» у процес творчості.

Кінець ХХ – початок ХХІ століть спонукає до певної філософської авторефлексії, увага привертається до тих феноменів культуротворчості, які виникли століття тому, зокрема злет синтетичних інтенцій, проблема актуалізації творчої особистості, антропологічні та феноменологічні студії щодо тих подій в культурі, які зараз мають назву глобалізаційних. В той час вони визначались як урбанізаційні, трансформативні, інтегративні. Величезне значення в цьому контексті має той факт, що формувалися творчі колективи на межі культурних інституцій, які утворювали новітню реальність культуротворення, що зараз інтерпретують як синтез мистецтв, а також як своєрідний діалог культур. Інколи новітні синтетики викликали шок у публіки, яка брутально реагувала на інновації, інколи доводила митця до депресії та духовної хвороби. Приклад геніального українського артиста балету та хореографа В. Ніжинського свідчить про духовну творчість в стані шизофренальних розладів.

Отже, вміння, майстерність, творчість, креативність як мистецькі атрибути творчості свідчать про той духовний вирок і виток, який визначає потенціал людяності культури як вимір духовного в своїх абсолютних (надкультурних) реаліях, які, однак, не виходять за межі мистецтва. Цей парадокс, коли мистецтво стає культурним, полікультурним, міжкультурним, метакультурним горизонтом, а культура, якщо вона претендує на роль бути мистецтвом, не пориває сама з собою, залишається власне культурою, потребує аналізу в конкретних інституціях та практиках культурного будівництва, зокрема – арт-терапії.

Відтак, виникає проблема осмислення культури вже в новітніх рамках, які пов'язуються з глобалізацією культурного потенціалу в цілому як своєрідними синтезами, синкрезами і своєрідною інтенсифікацією процесів культуротворення, що формують всезагальний культурно-історичний горизонт бачення цілісності людини-митця в її синтетичних культуротворчих проявах.

Категорія «діалог» стає важливою інтерпретативною реальністю метаантропологічних, метакультурних, метахудожніх досліджень. Діалог як комунікативний та естетичний феномен, за М. Бахтіним, стає одним із найголовніших принципів апеляції до іншого (Великого іншого, Абсолюту, ідеалу, іншого стилю, іншої людини тощо), визначення досвіду культуротворення очима іншого. Очіма іншої культури, іншого мистецтва, інших вподобань, інших поетик, естетик, що спонукає до більш фундаментальних констант комунікації, зокрема звернення до категорії «засівання» (запліднення, культивування, аранжування та ін.). Так, за будь-яким діалогом стоїть монолог та феномен розсіювання, орієнтований на абсолют, чудо, на впевнення дивом у царині імагінативного абсолюту, що продукується як художній образ. Так, арт-терапія завжди апелює до дива перетворення людини засобами мистецьких поетик, адже не помічається культурно-історичний та естетичний потенціал реципієнта, або пацієнта. І лише досвід авторефлексії, самостворення власного «Я» великих духів свідчить про феномен інобуття «Я» в творчості.

Художній образ як диво імагінації є пріоритетним культурним артефактом, стає надзвичайно важливим на початку ХХІ століття як феномен синтетичного бачення світу, адже він також був пріоритетним і на початку ХХ століття. Ця еквівалентність, подібність масштабів, завдань трансформації художньої свідомості свідчить про те, що досвід звернення до могутніх імпульсів культуротворчості, пов'язаних з культурними інституціями синтезу мистецтв, є актуальним.

Мистецтво функціонує не лише як соціологічний феномен, продуцент образів, ескалація образного поля або образотворчих інтенцій художніх можливостей доби, а як проектно-моделюючі інституції культури, засобами яких формується цілісність людини. Цей підхід надзвичайно гостро піднімається в сьгоднішніх дослідженнях, які поєднують візуальні і вербальні імплікації в рамках пошуку певної метамови віртуальних, комунікативних спільнот, які формуються в сьгоднішніх реаліях комунікації. Так, утворюються нові синтетики і синкрези мистецтва, де продуцент та реципієнт ототожнюються, виникає симультанна постать того, хто створює художню інформацію, сприймає її і тут же корегує, доводить до певних синтетичних реалій сприйняття.

Поп-культура, масова культура, мода, дизайн, реклама потрапляють в орбіту синтезу мистецтв. Сьгоднішні механізми інституалізації арт-простору культури, візуальних мистецтв, свідчать про те, що формується новітній синтез, але його новизна вписується в ранжир засобів і



технологій, внутрішні глибинні інтенції яких націлені на ті синтєзи мистецтв, які є одночасно діалогом і розсіюванням, культуротворчістю і образом творчості в мистецтві. Межа хвороби і норми в рамках самоідентифікації, авторефлексії завжди є розмитою.

Так, самозвіт В. Ніжинського в записках у щоденнику вражає: «Глядачі прийшли, щоб потішитися, і думали, що я танцюю для їхнього задоволення. Мої танці злякали їх. Вони боялися мене, вирішивши, що хочу вбити їх. Я не хотів. Я любив усіх, але ніхто не любив мене, і я знервований і збуджений, а публіка заразилася моїм настроєм... Я танцював погано. Я впав, коли не слід... Я хотів продовжувати танець, але «Досить». Я зупинився».

Якщо діалог пов'язується з іменем Сократа, традиційною маєвтикою як підбуренням осмислити разом поле проблем, образів, спонук, пов'язується з давньогрецькою культурою, то розсіювання пов'язується із Середньовіччям, з іменем Ісуса Христа. І той, і інший були парадоксальними та афористичними у своїх висказуваннях, обидва несли великий поступ духовного вчинку, адже діалог культур завжди є засіванням (спонукою запліднити поле розмов, дискурсів, мов), а розсіювання в більшості належать мистецтву переконання, впевнення вчинком. Цей аспект доповнення діалогізму пошуків іншого «Я», іншої людини, іншого як Абсолюту і орієнтація на розсіювання як один із засобів існування поблизу Абсолюту по суті є еквівокацією, за С. Неретіною, – «двоосмисленням» реальності культуротворення з позиції Абсолюту і з позиції профанного світу. Відтак, культура як поле формотворчості в цілому і мистецтво як верхівка творчого, естетичного потенціалу завжди є єдністю діалогу і розсіювання.

Художня культура надзвичайно трансформується на початку ХХ століття, формується в рамках стилю модерн, авангарду, пізніше постмодерну. ХХ століття позначилося формуванням гострих трансформативних спонук філософської рефлексії в контексті філософської антропології, феноменології, семіології, які спонукали до трансформації культурологічної, мистецтвознавчої рефлексії. Так, починають осмислювати досвід формування мистецтва модерну, авангарду, постмодерну вже в рамках інших реалій, іншого культурного топосу, який можна називати всезагальним в контексті мультикультуралізму та глобалізації культури. Втім, культурна глобалізація не зводиться до процесів інтеграції засобів, типів формотворення та ін. Формуються новітні поетики, образні системи і новітні надсистемні регулятиви осмислення «Я» митця в нескінченному просторі культурного всесвіту, де гармонія діанісійського та аполлонівського витоків мистецтва не завжди відбувалася.

Свої проекти Ніжинський нотує не на папері, а в свідомості. Нотує без синтаксису, в просторі свідомості, паралізованій хворобою. Ці нотації інколи відверто виглядали безпорадними. Про це свідчить і Стравінський, і багато інших. Суб'єктивне, майже інтимне переживання художнього синтезу шукало свого виходу в неортоксальній рефлексії митців, зокрема акторів та режисерів.

А. Арто та Г. Крег створили унікальні моделі театрального синтезу, який позначився за суб'єктною домінантою у А. Арто і об'єктною – у Г. Крега. Певна екстравагантність цих моделей полягає в тому, що суб'єктний вимір театрального дискурсу (артикуляції образу) в синергії сценічної події А. Арто намагається здійснити цілком об'єктно, як персоніфікацію сценічної сугестії у вигляді «тіла», яке втратило супранатуральні риси. Г. Крег, навпаки, здійснює культурно-історичну анімацію (одушевління) ляльки, яка стає гіперсимволічною реальністю театральних синтезів.

І той, і інший постулюють символічні і водночас синтетичні концепти «тіла без органів» та «надмаріонетки», які фіксують антропологічну межу суб'єктності театральної дії як певної синергійної гармонії та її об'єктності як завершеного пластичного цілого гри як мізансцени, статури, строїв людського «Я» на сцені. Отже, фіксується діахронний аспект як «театр жорстокості», за А. Арто, – зустріч актора і реципієнта в просторі майже тактильних імплікацій рецепції («тіло споглядання» позбавлене шкіри) і водночас експлікується синхронія акту сценічної промови як пластична цілісність гри в обличчі символічної ляльки – ювенального дитинства людства, яке презентується концептом «надмаріонетки». Переводячи ці концепти – маркери антропологічної межі – на мову поетики сценічного простору, можна стверджувати, що часовість, темпоральність події фіксується як певна архітектоніка сценічного тіла дискурсу, а просторовість визначається як пластика – характеристика межі або характеристика межею.

Хвороба стає моделлю «театру жорстокості» А. Арто. Цей досвід саморефлексії спонукає до нетрадиційної «педагогіки душі», яку можна позначити як «турбування про себе», за М. Фуко. Арт-терапевти намагаються структурувати процес зустрічі з дивом мистецтва, підготувати реципієнта до виникнення феномену самоідентичності в акті естетичного споглядання. Отже, формуються принципи та механізми експлікації поетики арт-терапії: вживання в образ, сугестія, емпатія, катарсис.

## Список використаних джерел

1. Личковах В.А. Естетотерапія художника Івана Пенського в Чернігівській обласній дитячій лікарні. Проблеми соціальної роботи. № 1 (4), 2014. С. 101–108.

### «ХОРЕЯ» ТА «АРЕТЕЯ» ЯК ЕСТЕТИЧНІ ПАТЕРНИ ТА ГЕШТАЛЬТИ КОМУНІКАЦІЇ В СИСТЕМІ АРТ-ТЕРАПІЇ

*Ареф'єва Єлізавета Юріївна,  
доктор філософії,  
докторантка КНУКіМ,*

#### Анотація

**Актуальність проблеми.** Арт-терапія під час соціальних конфліктів, підвищених навантажень на психіку людини стає одним із дієвих засобів гармонізації соціокультурних відносин людини. Однак психотерапевтичний ефект естетичних факторів функціонування мистецтва найчастіше розуміють як службову функцію соціальних комунікацій. Потребує культурологічного та філософського аналізу категоріальний простір естетосфери арт-терапії. **Метою публікації** є визначення феномену арт-терапії як актуалізації патернів (візуальних конструкцій) та гештальтів (генералізованих образів) сприйняття інформації в контексті концептуального простору функціонування хореї (єдності мистецтв) та аретеї (лікувальної функції мистецтва). **Методологія дослідження** визначається компаративним та системним підходами. Феноменологічний та діалектичний методи допомагають визначити образні трансформації художнього образу як певної «культури соціальної допомоги». **Наукова новизна** позначається тим, що феномен арт-терапії презентується у вимірі етико-естетичних вимірів презентації художнього образу. **Висновки.** В Україні захоплення арт-терапією пояснюється потребою психологічної релаксації людини в ситуації моральної стагнації та певною естетизацією зла, де воїни, що загинули, набувають номінації 200-тих, а «нумерологія» знищених окупантів часто-густо стає квазіестетичним фактором героїзації війни. Категорії античної естетики «хорея» та «аретея» допомагають визначити культурно-антропологічний сенс функціонування мистецтва в надзвичайних ситуаціях.

**Ключові слова:** естетосфера, арт-терапія, патерн, гештальт, хорея, аретея.

### «CHOREA» AND «ARETEA» AS AESTHETIC PATTERNS AND GESTALTS OF COMMUNICATION IN THE ART-THERAPY SYSTEM

*Arefieva Elizaveta Yuryivna,  
Doctor of Philosophy,  
doctoral student of KNUKіM,*

**Abstract.** The urgency of the problem. Art-therapy during social conflicts, increased stress on the human psyche becomes one of the effective means of harmonizing a person's socio-cultural relations. However, the psychotherapeutic effect of the aesthetic factors of the functioning of art is most often understood as a service function of social communications. Categorical space of art therapy aesthetosphere needs cultural and philosophical analysis. The purpose of the publication is to define the phenomenon of art-therapy as the actualization of patterns (visual constructions) and gestalts (generalized images) of information perception in the context of the conceptual space of the functioning of choreia (unity of arts) and areteia (healing function of art). The research methodology is determined by comparative and systematic approaches. Phenomenological and dialectical methods help to determine the figurative transformations of the artistic image as a certain "culture of social assistance". Scientific novelty is characterized by the fact that the phenomenon of art-therapy is presented in terms of the ethical and aesthetic dimensions of the presentation of an artistic image. Conclusions. In Ukraine, the fascination with art-therapy is explained by the need for psychological relaxation of a person in a situation of moral stagnation and a certain aesthetization of evil, where the fallen soldiers acquire the designation of 200, and the "numerology" of the destroyed invaders often becomes a quasi-aesthetic factor of the heroization of war. The categories of ancient aesthetics "chorea" and "areteia" help to determine the cultural and anthropological meaning of the functioning of art in emergency situations.

**Key words:** esthetosphere, art-therapy, pattern, gestalt, chorea, areteia.

В системі інструментарію сучасного арт-терапевта стали звичними категорії «патерн» і «гештальт», які в редуваному психологізованому тезаурусі засобів адаптації сугестивних потенцій

мистецтва втрачають естетичний сенс. Щоб відродити позаутилітарне бачення художнього образу варто звернутися до експлікації категорій давньогрецької естетики – «хорея та «аретея».

В. Татаркевич відмічає про бінарність тлумачення мистецтв в Давній Греції, де одне з них було експресивним, інше конструктивним.

Так легко за цим побачити дихотомію, яку зазначив Ф. Ніцше як еполлоністичне і діонісійське. В'яч. Іванов в Батумі пише дисертацію про релігію Діоніса, де констатує досить важливі реалії давньогрецького буття. Краще не народиться в цьому світі, а якщо вже народився, то швидше підійти до воріт Аїду. Ніхто, хто перейшов ці ворота, не повернувся звідти. Іванов свідчить, що це не пізні елліністичні стилізовані сентенції, а глибинна народна етична реальність, що свідчить про співбуття, буття людини і космосу. Ніхто не захотів повертатися назад... Легко бачити, як ці сентенції відображують етос сьогоденної ситуації «війни всіх проти всіх», за Гоббсом. Мистецтво лікує не функціонально-експресивно, а екзистенційно.

Отже, експресивність, експресія як музичність має своїм підґрунтям зображувальність. Греки не бачили цього підґрунтя, хоча весь грецький матеріально-чуттєвий космос був зображувально-скульптурним, пластичним. «Монтаж», за С. Ейзенштейном, мистецтва і реальності в арт-терапії потребує невербальної, музичної експресії.

Якщо хореїчність мистецтва можна назвати домінантою пластичного, коливального самоздійснення семантики античного космосу, то «аретея» – ще один грецький термін, що характеризується як доблесть, добродій, якість, доброзичливість, здібність, мужність, хоробрість та здібність лікувати. М. Носов пише про те, що аретея позначає лікувальну функцію мистецтва.

Аретея визначає катарсичний аспект мистецького твору, його властивості, що перетворюють стихію сприйняття танку у просвітлений образ спокою та самодостатньої гармонії. Аретея – це спосіб буття в світі. Спосіб намагання визначити світ як самообраз, що є гармонійним і, більше того, системотворчим. По суті, аретея – це є своєрідна чаклунська практика самозанурення у підсвідоме. В певній мірі аретея є певним фактором або феноменом пробудження від сну, навіювань міметичної реальності. Людина прозирає, вона вже не спить, знаходиться в стані дієвої активної піднесеності діяльності. На це її побуджує творчість, пробуджують художні практики аретеї, яку здійснює чаклун, маг, філософ, художник, композитор тощо, хто причетний до мистецтва і ремесла.

## СУЧАСНА ДИТИНА – СУЧАСНИЙ МЕТОД ПРИКОРМУ

*Герасімчук Тетяна Сергіївна,  
к.мед.н., доц. кафедри дитячих хвороб,  
Вертепна Руслана Ігорівна,  
лікар-інтерн, спеціальність «Педіатрія»,  
Муковоз Ольга Володимирівна,  
лікар-інтерн, спеціальність «Педіатрія»,  
Запорізький державний медичний університет*

Людина – це те, що вона їсть  
Людвіг Фейсрбах

На ранні роки припадає зародження, інтенсивний розвиток та становлення способу життя особистості. Їй вигляд й основні риси прояву. Дитина проходить шлях від філософії адаптації до зовнішнього середовища й накопичення досвіду фізичних дій і рухів у невільному й обмеженому просторі та подолання перешкод, що виникають, до філософії активної взаємодії з навколишнім середовищем з метою отримання того, чого не вистачає для життя, і звільнення від надлишкового, що заважає їй, до філософії оволодіння засобами задоволення своїх потреб, накопичення досвіду для самореалізації й самостворення [1, с.71]. Одним з таких актів пізнання світу, кроком до формування особистості є перехід від годування молоком матері до харчування «дорослою» їжею. Саме від способу введення прикорму залежить чи буде дитина вільною та самостійною, або ж навпаки, нерішучою та пасивною. Основною тенденцією становлення філософії поведінки дитини є перехід з пасивного існування до більш вільного. Малюк дорослішає, починає сидіти, ходити, цікавиться, що їдять дорослі, тягнеться до їхніх тарілок, бере шматочки, розглядає їх пробує на смак. Так малюк знайомиться з новими харчовими продуктами, які є джерелом енергії, білку, вітамінів, мікроелементів і необхідні для його розвитку. В педіатрії введення нових продуктів в дієту дитини називається *прикормом*. Харчування дитини має бути ретельно продумане, збалансоване по харчовим інгредієнтам. Для прикорму використовують безпечні, екологічні

продукти. Годувати треба дитину, коли вона зголоділа. Варто виключити елементи примусу прийму їжі.

Сьогодні існує декілька способів введення прикорму: *педіатричний* – основною метою якого є принципи, що їжа вводиться за графіком, а продукти до 8 – 10 місяців перетираються. На наш погляд, цей метод має багато мінусів, а саме: навички пережовування твердої їжі, поведінки за столом формуються пізно, можуть виникнути проблеми з апетитом, окремий стіл для дитини вимагає додаткових зусиль та часу; протерта їжа, можливо, не сприяє адекватному розвитку шлунково-кишкового тракту, жувального апарату малюка; *педагогічний* – має на меті познайомити дитину з їжею батьків та підтримувати природний інтерес до їжі, вводиться тільки дітям, які перебувають на грудному вигодовуванні, починаючи з мікродоз. За правилами цього способу прикорму малюк отримує маленькі шматочки, навіть якщо вони виготовлені з декількох компонентів. Недоліками цього методу є необхідність переходу родини на «малюкові» страви, а також необхідність обмеження запитів малюка (не завжди виділяють шматочки їжі при бажанні дитини спробувати). *BLW-прикорм* (baby-ledweaning або самоприкорм) – основним принципами якого є: по-перше, пропонування дитині продуктів на вибір, тобто дитина сама обирає, що їсти, по-друге, їжа не перетирається, годування відбувається шматочками за принципом: що дитина взяла і донесла до рота, те й їсть [2]. BLW-прикорм – це сучасний метод, де малюк є головною дійовою особою, саме він керує всім процесом. Перевагою такого способу прикорму є той факт, що дитина отримує безпечно приготовлені продукти та повну свободу дій: нюхати, облизувати, м'яти у пальчиках, розтирати по столику, гратися. Дитина сама вирішує, який продукт з запропонованих обрати, скільки з'їсти та коли припинити трапезу. А, отже, змалечку вчиться дослухатися до своїх бажань та інтересів, що згодом допоможе йому увійти у доросле життя [3].

Концепція *BLW* була сформована Gill Replay протягом 2002-2003 років, впродовж вона 14 років працювала у UNICEF UK Baby Friendly Initiative, де була відповідальною за кілька проектів, серед яких: створення та проведення навчальних курсів для медичних працівників з питань грудного вигодовування; навчання та підтримка колег щодо аспектів прикорму. Саме завдяки дослідженню методу *BLW* -прикорму вона отримала магістерський та науковий ступінь (PhD Health and Social Care). Джил Ріплі – авторка декількох книг та наукових статей. Завдяки її активній роботі метод самоприкорму все більше і більше користується попитом та стає популярним по всьому світу. *BLW* має багато переваг, зокрема такі: сприяє правильній харчовій поведінці; розвитку координації рухів, розвитку дрібної моторики; полегшує процес годування для дорослих. Важливо, що діти прихильників цього методу менше схильні до переїдання та вибіркості у їжі в подальшому житті. У Великобританії *BLW* -прикорм визнаний на офіційному рівні та користується широким попитом [5].

В концепції *BLW* -прикорму не важливо, що пропонувати раніше: фрукти або овочі, гречану кашу або рисову, кроляче м'ясо або індичку. Завдання батьків в *BLW* – прикормі: познайомити дитину з максимальною різноманітністю смаків. Тому кожен день можна і потрібно пропонувати новий продукт або декілька продуктів. В кожній трапезі пропонується малюкові відразу кілька продуктів (овочі, кашу – джерело вуглеводів, м'ясо чи інший продукт з вмістом білку, фрукт). Дитина має право вибору певного продукту, який їй до вподоби, а не «міфічні» схеми. Таким чином формується відчуття самостійності та право вибору. При виборі продуктів орієнтуються на їх доступність у регіоні проживання і на сезонність. В результаті у кожній конкретній сім'ї складеться своя власна «схема» введення прикорму, яка підходить саме їхньому малюку, тому що вона максимально наближена до харчових звичок і традицій саме цієї родини [4]. Рекомендується пропонувати тільки безпечним чином приготовлені продукти: спочатку це м'які продукти, які можна роздавити пальцями – а значить, малюк точно зможе розжувати їх яснами, далі поступово переходимо до твердіших продуктів, їх необхідно натерти на тертку або нарізати для пальчикової подачі невеликими скибочками. Всі продукти круглої форми – горошок, виноград, смородину, лошину рекомендується різати до моменту появи усіх жувальних зубів та впевненого жування. Слід з обережністю ставитися до продуктів, від яких у малюка може виникнути алергія або такі, які можуть привезти до перекриття дихальних шляхів - це горіхи, сухарі, яблука, морква тощо. Ці продукти спочатку даємо термічно обробленими до м'якості, в невеликій кількості або натертими на тертку [5].

Таким чином, *BLW* – прикорм дає дитині можливість познайомитись з їжею самостійно: опановуючи цей спосіб прикорму, малюк вчиться сам контролювати розмір порцій, краще відчуває процес насичення організму, розвиває дрібну моторику, знайомиться з текстурою їжі і вже змалечку реалізує право вибору. Цей спосіб прикорму із очевидним духом авантюризму:

він дозволяє малюку «їсти, пити і бути щасливим», отримувати необхідні харчові інгредієнти, але водночас без зайвого педантизму. *BLW* – прикорм є таким способом годування, що формує такі необхідні на шляху становлення філософської поведінки дитини феномени, як самість, пошук, творчість.

#### Список використаних джерел

1. Коротяєв Б. І. Педагогічна філософія : колективна монографія / Б. І. Коротяєв, В. С. Курило, С. В. Савченко; Держ. закл. „Луган. нац. ун-т імені Тараса Шевченка”. — Луганськ : Вид-во „ДЗ ЛНУ імені Тараса Шевченка”, 2010. — 340 с
2. БЛВ – самоприкорм [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://www.facebook.com/prikormua/posts/391466468967912> (Дата звернення: 30.01.23)
3. БЛВ прикорм або як навчити дитину їсти самостійно [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://mama.net.ua/blvprykorm/> (Дата звернення: 26.01.23)
4. БЛВ-прикорм: Що потрібно про нього знати [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: [https://friendlic.clinic/article/blv\\_prykorm\\_zho\\_potribno\\_pro\\_nyogo\\_znaty](https://friendlic.clinic/article/blv_prykorm_zho_potribno_pro_nyogo_znaty) (Дата звернення: 27.01.23)
5. Прикорм: рекомендації 2021 [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://friendlic.clinic/article/prykorm-shcho-yak-koly> (Дата звернення: 27.01.23)

### ФІЛОСОФСЬКИЙ ПОГЛЯД НА СУЧАСНЕ ЖИТТЯ НЕМОВЛЯТИ

*Давидова Аліна Жанівна,*  
лікар-стажер, Rambam-hospitals, Ізраїль  
*Ляшенко Інна Володимирівна,*  
лікар-інтерн, фах «неонатологія»,  
Запорізький державний медичний університет,

Життя особистості – це складний і безперервний процес, який розпочинається ще до народження людини та триває все її життя

У центрі нашої уваги опиняється людина – новонароджене немовля, яке мислить, живе, оцінює і перетворює світ. Новонароджена дитина, з одного боку, розглядається як творчий суб'єкт пізнання і носій свідомості та мислення, а з іншого боку, як самостійний об'єкт філософського пізнання для батьків та оточуючих, об'єкт самосвідомості.

Людське "я" – це і свідомість, і мислення, і дух, і особлива мисляча структура буття. Протиставлення світу і людини, духу і матерії є умовним, оскільки вони злиті в єдиному бутті. Виявлення сутності людини є фактично виявленням різних сторін її взаємовідносин зі світом, що базуються на уявленнях про істинне знання.

Чи в змозі дитина пізнати навколишній світ, і, якщо так, як це пізнання здійснюється? Різниця виявляється тільки в одному - різному трактуванні того, у який спосіб досягається знання: за допомогою відчуттів або чуттями (сенсуалізм), у досвіді (емпіризм), розумом (раціоналізм), за допомогою інтуїції (інтуїтивізм) та ін.

Немовля, як «маленький» філософ, постійно співвідносить досвід внутрішній (образи, уявлення, форми мислення) з досвідом зовнішнім – реальністю.

Взаємодію дитини з нашим сучасним життям можна порівняти з їздою на трьох-колісному велосипеді. Рухова, когнітивна і соціально-емоційна сфера взаємодій – не може дитина жити та зростати одна без одної.

Як говорила М. Монтессорі: «дитина – це інша форма життя».

Дитина – інша! Це означає, що її психіка, все її єство влаштовано інакше, ніж у нас, дорослих.

Немовля – ще не цілісна особистість. Якщо темперамент – це вроджена риса, то характер формується з плином часу і, більшою мірою, залежить від оточення. Фахівці з нейропсихології вважають, що середній вік «маленької» особистості становить 3-5 років.

Дитина переживає час інакше, ніж дорослий. В перші роки вона активно розумово і фізично розвивається, тому проведення з дитиною часу у виконанні завдань, направлених на покращення моторики (складання кубиків у вежу) та мозкової діяльності (опис та назва предметів) є необхідною складовою для комплексно повноцінного розвитку дитини. В нормі дитина до року має казати вже 5-10, почати ходити, самостійно грати з іграшками та пити з чашки.

Ранні емоційні стосунки з батьками сильно впливають на розвиток дитини. Першим таким емоційно впливовим моментом у житті новонародженого і матері є контакт "шкіра до шкіри" у пологовій залі, який з погляду доказової медицини, запобігає втратам тепла та сприяє колонізації організму дитини флорою матері.

Порушення ранніх стосунків призводить до складнощів не лише в психоемоційному, але і когнітивному, мовленнєвому і навіть руховому розвитку дитини. Цей факт стає особливо важливим тоді, коли розвитку дитини загрожують хвороби або травми. Діти вступають в інтеракцію з батьками, досліджують своїх близьких і демонструють задоволення від спілкування, або навпаки, стороняться їх та інших дітей, що є одним з критеріїв такого діагнозу як “аутизм”.

Таким чином, дуже важливо допомагати дитині розвиватися в усіх проявах, особливо під час воєнних дій на території України, аби дитина почувала себе захищеною та улюбленою з боку батьків, що неодмінно допоможе їй зрости як розумна, впевнена та чутлива особистість.

## **ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ПОЗИЦІЙ ТЕОРІЇ ГЕТЕРОХРОНІЇ ЯК ГІПОТЕТИЧНОЇ МОДЕЛІ ФОРМУВАННЯ ВАД РОЗВИТКУ ОРГАНІВ СЕЧОВИВІДНОЇ СИСТЕМИ**

*Дмитряков Валерій Олександрович,  
д.мед.н., проф. кафедри дитячих хвороб,  
Свекатун Вячеслав Миколайович,  
асистент кафедри дитячих хвороб,  
Запорізький державний медичний університет*

Особливості життєдіяльності організму дитини на різних етапах розвитку залежать перш за все від ступеня зрілості і функціональної готовності його органів і систем.

Оцінка анамнестичних, клінічних даних і зіставлення їх з патоморфологічними змінами дають підставу вважати останні наслідком впливу шкідливого чинника на незрілі тканини і органи. Дитячий вік характеризується не тільки високими пластичними властивостями і репаративними здібностями, а й надзвичайною чутливістю до пошкоджень і функціональних порушень, здатним давати важкі морфологічні реакції не тільки безпосередньо після травми, але і у віддалені періоди життя, коли дозрівання тканин органів вже завершено.

Саме тому у дітей можуть спостерігатися такі тканинні реакції, які не властиві дорослій людині. Тому стає очевидним необхідність охоронних заходів, покликаних унеможливити травмування незрілих тканин.

Відомо, що в ранньому онтогенезі окремі елементи органу дозрівають поступово і нерівномірно по «принципу фрагментації». Це обумовлено включенням до складу функціональних систем у дитини не всього органу, а тільки тих його тканин, у яких є достатня функціональна зрілість в даний часовий етап розвитку дитини які, об'єднуючись з найбільш рано дозріваючими елементами іншого органу, створюють єдину функціональну систему.

Повне завершення розвитку функціональних систем організму спостерігається в ході постнатального онтогенезу. З цього випливає, що недостатнє для даного етапу розвитку забезпечення життєво важливих функцій при раптово виниклих підвищених вимогах організму, здійснюється за «принципом мінімального забезпечення», тобто формується дисбаланс потреби і можливості функціонування. Іншими словами, на всіх етапах розвитку дитини ми стикаємося з явищами гетерохронії, яка може проявлятися у вигляді акселерації або ретардації, і тим інтенсивніше, чим менше вік дитини.

Патогенетичне обґрунтування цього явища сягає в далеке минуле Homo sapiens. Природним відбором, як наслідок, стало заохочування передчасне народження. На тлі інших тварин діти людей народжуються «недоношеними». У них відзначається недорозвинення багатьох життєво важливих систем. Людська дитина ще багато років безпорадна, залежна від старших, що потребує щоб його захищали, годували і навчали. Виходом з цієї ситуації може бути або зниження рівня вимог до незрілої функціональної системи, або створення нових умов функціонування, при яких продовжується фактор часу дозрівання і створюються оптимальні умови функціонування органу.

Стосовно до патології нижніх сечових шляхів, зокрема до обструктивного уретерогідронефрозу, це звучить більш ніж актуально. Оскільки при цих вадах розвитку в багатьох ситуаціях відзначається диспропорція зростання і дисфункція дозрівання нижніх відділів сечоводів, які через відсутність можливості діагностики приймаються за нейро м'язову дисплазію, що тягне за собою серію патогенетично необґрунтованих оперативних втручань.

У тому випадку, коли забезпечується підтримання адекватної уродинаміки, головної функції сечоводу, події розвиваються іншим чином: відбувається дозрівання і відновлення функції нижніх відділів сечоводів зі зміною морфологічної структури стінок сечоводу. Крім постійно діючого на зростаючий організм фактора гетерохронії слід пам'ятати про теорію і практичне формування вад розвитку.

У зв'язку з цим, доречно згадати принцип взаємовідношення генотипу і фенотипу, коли при здоровому генотипі патологічний вплив навколишнього середовища настільки великий, що визначає умови для формування вади з посиленням явищ гетерохронії. Якщо у генетично здорового сечоводу порушити уродинаміку, то відбудеться збій формування морфологічної структури органу, що розвивається. Збій може прогресувати через нашу бездіяльність або бути попереджений при створенні необхідних умов зростання, де головним є відновлення уродинаміки.

Гіпотетична модель формування захворювань і вад розвитку людини знаходиться в постійному вдосконаленні, в результаті якого з'являється важлива інформація, що дозволяє уточнити, а в деяких випадках і змінити існуючу точку зору. Після того, як тканина, орган і система дозріли, зовнішній вплив є якісно відмінним і називається «набутим». Іншими словами, до набутих в чистому вигляді відносяться лише такі пошкодження, які не тягнуть за собою порушення розвитку і росту, тобто впливали на дозрілі структури.

Відомо, що вроджені, генетично обумовлені, або виникли в процесі розвитку і росту організму захворювання незалежно від того, сталося це внутрішньо або позаутробно, схильні до подальшого прогресування до тих пір, поки дозрівання тканин органів і систем організму не припиниться. При цьому клінічні прояви вади і пошкоджень можуть бути настільки подібними, що відрізнити їх практично неможливо.

Отже, раннє усунення або мінімізація порушень уродинаміки, є основою зниження патологічного впливу гетерохронії і шляху формування вад на розвиток і функціонування сечовидільної системи, а значить на збереження функціонального ниркового резерву і ренопротекції в цілому. З цього витікає зміна тактики в лікуванні і профілактиці обструктивних уропатій, принципом якої є вимога: чим раніше і менш травматично відновлена уродинаміка, тим краще результат.

## ТРАНСФОРМАЦІЯ СПРИЙНЯТТЯ ЛЮДСЬКОГО ТІЛА В УМОВАХ РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ

*Дрозд Богдан Юрійович,  
аспірант кафедри філософії та політології  
Житомирського державного університету імені Івана Франка  
Науковий керівник: д. філос. н., професор,  
професор кафедри філософії та політології  
Житомирського державного університету імені Івана Франка  
Ковтун Н. М.*

**Анотація.** У статті проаналізовано трансформацію сприйняття людського тіла в умовах російсько-української війни. Визначено три ключові напрямки змін які зазнало суспільство у сприйнятті людського тіла: зміна гендерних характеристик маскулінності та фемінності, загальна зміна естетичних характеристик тілесності, актуалізація сприйняття людського тіла як доведеної структури.

**Ключові слова:** тіло, тілесність, маскулінність, фемінність, війна.

## TRANSFORMATION OF HUMAN BODY PERCEPTION IN THE CONDITIONS OF RUSSIA-UKRAINE WAR

*Drozd Bohdan Yuriyovych,  
graduate student of Philosophy and Political science department,  
Zhytomyr Ivan Franko State University*

**Abstract.** The article analyzes the transformation of human body perception in the conditions of Russia-Ukraine war. Three key directions of changes that society underwent in human body perception have been identified: a change in gender characteristics of masculinity and femininity, a general change in the aesthetic characteristics of physicality, and actualization of human body perception as a complete structure.

**Key words:** body, physicality, masculinity, femininity, war.

З початком повномасштабної російсько-української війни 24 лютого 2022 року українське суспільство зазнало кардинальних змін на рівні світоглядних ціннісних позицій і внутрішніх переживань. Війна завжди характеризується цілим рядом негативних тенденцій, пов'язаних зі смертю, стражданнями, болем, втратами та іншими труднощами. Водночас відбувається і зміна якісних характеристик суспільства, коли його норми та правила піддаються кризі та починають

змінюватись. Це закономірні процеси збереження будь-якого суспільства в період кризи. Якщо такі зміни не відбуваються, суспільство гине.

Розглядаючи українське суспільство майже через рік після початку повномасштабного вторгнення російських військ в Україну, можна виділити ряд якісних змін у питаннях естетики сприйняття людської тілесності. Умовно можемо виділити такі напрямки ключових змін: 1) зміна гендерних характеристик маскулинності та фемінності; 2) загальна зміна естетичних характеристик тілесності; 3) актуалізація сприйняття людського тіла як довшеної структури.

По-перше, розберемо, що ми розуміємо під поняттям «гендер». «Сукупність ознак, властивостей, рис, притаманних організмам жінки і чоловіка, їх психології, суспільній поведінці.» [5, с.610]. Двома основними характеристиками гендеру є розуміння маскулінності (притаманні ознаки для чоловіків) та фемінності (властиві ознаки для жінок) [3, с.165-179]. На нашу думку, ці позиції змінюються з часом під впливом зовнішніх та внутрішніх факторів (економіка, війна, розвиток громадянського суспільства, культура).

З початком повномасштабної російсько-української війни ми помічаємо, що погляд на фемінність змінюється. Якщо раніше армія та війна здавались суто чоловічою справою, сьогодні ці стереотипи перестають мати підтримку серед широкого загалу. За останніми даними 50 тисяч жінок зараз працюють у різних військових структурах України, з них 38 тисяч служить на військових спеціальностях і більше 5 тисяч безпосередньо знаходяться на передовій. У середньому це 15-25 %, що становить дуже великий показник у відношенні до країн Європи [1]. У цю статистику не входять лікарки, медсестри та інші жінки, які лікують поранених у різних містах/містечках, які перебувають у відносній віддаленості від зони безпосередніх активних військових дій, а також жінки співробітниця поліції, ДСНС та інших структур. Жінки-військові стали нормою сьогодишнього українського суспільства. Відповідно і змінився погляд на жінку, характеристика фемінності теж зазнала змін. Змінюється і стиль жіночого одягу та вигляду. У суспільстві активно поширюється мода на речі унісекс. Зручність, комфортність, стає життєвою необхідністю.

Зміна образу жінки вплинула і на зміну образу сучасного українського чоловіка. На зміну охайній короткій зачісці і виголеному обличчю приходять доволі довге волосся, чуб та масивні бороди чи вуса. Певною мірою можна пов'язати ці процеси з умовами перебування чоловіків на фронті, коли немає можливості голитись та підстригатись. Одяг підбирається у відповідності з критерієм комфортності. Оскільки у будь-який момент може статись так, що це буде ваш єдиний одяг. Поряд з цим в одязі починає домінувати потяг до простоти. Відключення світла, води призводять до зміни жіночих зачісок: поширюються заплетені коси чи просто зібране волосся, його загальна довжина стає меншою, особливо у жінок військових, коли немає ні часу, ні можливості за ним доглядати. Макіяж стає мінімальним, на перший план виходить природна краса.

В умовах війни гендерні характеристики для обох статей почали тяжіти у сторону більш маскуліних. Загалом у сфері суспільної свідомості ми чітко бачимо активізацію таких ціннісних орієнтацій і якостей: мужності, емоційної емпатійності, професійності, активності, впевненості, толерантності, взаємодопомоги, взаємоповаги, кооперації, компетентності, чесності, справедливості, турботливості, культурності. Усі ці характеристики у ситуації військових дій стали описовими для обох статей.

Водночас на рівні світосприйняття і світорозуміння в сучасному українському соціумі ми бачимо трансформацію погляду на людське тіло загалом. Страшні картини заповнених лікарень з військовими та мирними жителями без рук, без ніг, з понівеченими обличчями. Жахливі травми повернених з російського полону захисників та захисниць з різними пошкодженнями та шрамами. Ще на початку російсько-української війни з 2014 року ми зустрічались з цими змінами у погляді на людину, а сьогодні у свідомості практично усіх українців понівечені війною люди стали частиною буденної реальності. Протези рук та ніг, заміна різних частин тіла штучними. Одночасно з цим змінюється сприйняття тіла як такого.

Зауважимо, що до повномасштабного вторгнення українське суспільство у площині парадигми суспільства масового споживання орієнтувалося переважно на процес «вдосконалення» або «прикрашання» тіла. Силіконові груди, губи, ботокс, підтяжки обличчя, до 24 лютого 2022 року це були популярні процедури, ринок косметичних послуг постійно зростав та розширювався [6]. В умовах війни багато компаній «індустрії краси» переформовуються на роботу з реабілітації військових та цивільних громадян України з опіками та різними травмами. З одного боку, як і після Першої та Другої світової війни в українців активізується потяг до природної нормальності тіла. З другого боку, в норму входять доповнення людського тіла, штучними частинами (протезами). Поряд з цим надзвичайно важливим і складними проблемами для сучасного українського соціуму стають процеси інтеграції цих людей до звичайного життя, сприйняття і «прийняття» суспільством людей, які відійшли або відходять від усталеної тілесної норми.



Ще однією характеристикою сприйняття тілесності українцями в умовах війни стала актуалізація сприйняття людського тіла як довершеної структури. Людина, яка існує в умовах війни, має мати довершене, здорове тіло. Це значно підвищує її здатність до виживання. При цьому в сучасному українському суспільстві ми бачимо зростання затребуваності татуювань, як способу закрити пошкоджені ділянки тіла, наблизити їх до рівня природної норми [4]. Зміна естетичних характеристик пов'язана з категоріями зовнішньої та внутрішньої краси. Коли тепер людина сприймається не лише через зовнішню привабливість, а й через внутрішню красу.

Отже, зміна суспільного погляду на тілесність людини і його естетичної норми вже відбувається – ми бачимо зміну гендерних уявлень та зміну загального сприйняття тілесності в українському суспільстві. Змінюється погляд на природну естетику людини, зміна природної краси перестає бути цікавою. Умовно можемо виділити три напрямки ключових змін які відбулися у суспільстві. По-перше, зміна гендерних характеристик маскулинності та фемінності. У сфері суспільної свідомості ми чітко бачимо активізацію таких ціннісних орієнтацій і якостей: мужності, емоційної емпатійності, професійності, активності, впевненості, толерантності, взаємодопомоги, взаємоповаги, кооперації, компетентності, чесності, справедливості, турботливості, культурності. По-друге, загальна зміна естетичних характеристик тілесності. Для чоловіків стали характерними бороди та вуса, довге волосся, для жінок навпаки, короткі зачіски та мінімальний макіяж. Татуювання стали популярнішими. Відбувається тяга до природності тіла, паралельно з цим ідуть процеси доповнення людини штучними елементами – протезами, візками, апаратами для слуху тощо. Модифікація тіла стає загальноприйнятою нормою. По-третє, актуалізація сприйняття людського тіла як довершеної структури. Суспільство тяжіє до природної краси людського тіла, через усвідомлення його довершеності та страху втратити його частину.

Список використаних джерел

1. Жінки в ЗСУ: на передовій – 5 тисяч військовослужбовиць. URL: [\(https://suspilne.media/295172-zinki-v-zsu-na-peredovij-5-tisac-vijskovoslužbovic/#:~:text=%D0%A3%202021%20%D1%80%D0%BE%D1%86%D1%96%20%D0%BA%D1%96%D0%BB%D1%8C%D0%BA%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C%20%D0%B6%D1%96%D0%BD%D0%BE%D0%BA,%D1%81%D0%B8%D0%BB%20%D0%B1%D1%83%D0%BB%D0%B0%20%D0%B1%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D1%8C%D0%BA%D0%BE%2030%20%D1%82%D0%B8%D1%81%D1%8F%D1%87\)](https://suspilne.media/295172-zinki-v-zsu-na-peredovij-5-tisac-vijskovoslužbovic/#:~:text=%D0%A3%202021%20%D1%80%D0%BE%D1%86%D1%96%20%D0%BA%D1%96%D0%BB%D1%8C%D0%BA%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C%20%D0%B6%D1%96%D0%BD%D0%BE%D0%BA,%D1%81%D0%B8%D0%BB%20%D0%B1%D1%83%D0%BB%D0%B0%20%D0%B1%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D1%8C%D0%BA%D0%BE%2030%20%D1%82%D0%B8%D1%81%D1%8F%D1%87) (15.01.2023).
2. Іммануїл Кант. Естетика. Переклад з німецької Богдана Гавришківа. Львів: Аверс, 2007. 360 с.
3. Основи теорії гендеру: Навчальний посібник. Київ: “К.І.С.”, 2004. 536 с. URL: [https://web.archive.org/web/20210908220355/http://gender.at.ua/\\_ld/1/186\\_osnovy\\_teorii\\_g.pdf](https://web.archive.org/web/20210908220355/http://gender.at.ua/_ld/1/186_osnovy_teorii_g.pdf) (21.01.2023).
4. Семеро з десяти клієнтів. У Кропивницькому з початку повномасштабної війни збільшився попит на патріотичні татуювання. URL: <https://suspilne.media/358870-semero-z-desati-klientiv-u-kropivnickomu-z-pocatku-povnomasstabnoi-vijni-zbilsivsa-popit-na-patrioticni-tatuuvanna/> (05.01.2023).
5. Словник української мови: у 20 т. Київ: Наукова думка, 2010. Т. 20. 2010. 2382с. URL: <https://sum20ua.com/Entry/index?wordid=164155&page=609> (21.01.2023).
6. Чоловіки роблять повіки, ліпосакцію, а жінки – груди й ніс: Україна переживає бум пластичної хірургії. URL: <https://www.rbc.ua/ukr/styler/muzhchiny-delayut-veki-liposaktsiyu-zhenshchiny-1642507115.html> (12.01.2023).

## СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ УКРАЇНСЬКОЇ ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ

*Ель Гуессаб Карім,  
к.філос.н., доцент кафедри соціальної філософії та управління,  
керівник Центру освітніх послуг для іноземних громадян,  
Білокопитов Володимир Вікторович,  
аспірант кафедри соціальної філософії та управління,  
Запорізький національний університет*

Ідея про заміну хворих органів, що втратили свою функцію, має місце навіть у міфології. Відома легенда про китайського лікаря, який здійснював заміну хворих органів на здорові. У християнській традиції є легенда про братів-цілителів Косму і Дем'яна, які пересадили ногу [1, с.216]. Але про наукову трансплантологію як про сферу застосування знань та галузі охорони здоров'я можна вести мову починаючи лише з другої половини 20 століття, коли загальний розвиток хірургії, удосконалення медичних технологій уможливило трансплантацію не лише як

експериментальну практику, а в перспективі як окрему сферу високотехнологічної медичної допомоги.

Суспільні відносини, що виникають під час організації та здійснення трансплантації анатомічних матеріалів людині, були об'єктом дослідження М.М. Новицької «Адміністративно-правове регулювання трансплантації анатомічних матеріалів людині в Україні» (2019 р.), М.С. Брюховецька досліджувала суспільні відносини, що виникають у сфері цивільно-правового регулювання посмертного донорства («Цивільно-правове регулювання посмертного донорства в Україні», 2017 р.). Об'єктом дослідження І.Р. Пташник були суспільні відносини, які виникають у зв'язку із трансплантацією органів як медичною послугою («Цивільно-правове регулювання трансплантації в Україні», 2016 р.). Право пацієнта на інновації (медико-біологічний експеримент, репродуктивні технології, донорство та трансплантацію) і терапевтичне клонування досліджувалися в межах дисертаційної роботи М. Ю. Щирби «Правовий статус пацієнтів: теоретико-правове дослідження» (2020 р.) [3, с.14].

На думку багатьох експертів, значна частина проблем пов'язана з недосконалістю законодавства. Та найголовніші проблеми трансплантології, що пов'язані з етикою та правом, – це нестача донорських органів та питання згоди чи незгоди на їх вилучення. Але виділивши умовно, як певні блоки соціально-етичні питання, зможемо розглянути проблеми та перспективи досліджуваного процесу у сучасних реаліях. Перший блок – це питання про те, наскільки виправдано з точки зору соціальної справедливості перерозподіл засобів медицини на користь трансплантології, яка надає допомогу необхідну, але для обмеженого кола людей, вилучаючи обмежені ресурси із системи охорони здоров'я, які могли б надати допомогу більшому колу пацієнтів.

Другий блок проблем пов'язаний із механізмами отримання донорських органів. На сьогоднішній день медицина має можливість використовувати донорські органи здорових донорів, якщо йдеться про можливість забору частини органу. Світова практика забору органів у здорових донорів пов'язана з орієнтацією на ключовий біоетичний принцип – принцип автономної добровільної згоди.

Етичні проблеми, пов'язані з комерціалізацією трансплантології, пов'язані з тим, що людські органи стають товаром, а в умовах загального дефіциту донорських органів – дефіцитним і дуже дорогим товаром. У більшості країн світу встановлюється заборона на купівлю-продаж донорських органів, людство намагається знайти механізми, щоб запобігти незаконним вилученням органів, запобіганню трафіку донорських органів, який, на жаль, має місце, і ця практика на сьогоднішній день є досить ефективною.

Третій блок питань - проблема констатації смерті людини. Ця проблематика перейшла з розряду суто медичних проблем до категорії біоетичних у зв'язку з розвитком реанімаційних, трансплантологічних та інших технологій медицини. Залежно від того, який стан людського організму визнається моментом його смерті як людини, з'являється можливість припинення підтримуючої терапії, проведення заходів щодо вилучення органів та тканин їх подальшої трансплантації тощо. Отже, щоб розвивати трансплантологію, медицина змушена «організувати» вмирання. Це не треба розуміти як прагнення лікарів наблизити смерть тієї чи іншої людини, яка може стати потенційним донором після смерті. Це треба розуміти як вимогу до медицини щодо чіткої регламентації дій медичного персоналу щодо констатації смерті, щодо вилучення донорських органів.

Також блок питань, який пов'язаний з потребою в кадровому забезпеченні та підготовці трансплант-координаторів. Лише у лютому 2019 р. розпочалася підготовка трансплант-координаторів в Україні. Слід зазначити, що дотепер таких фахівців не вистачає. Станом на початок 2021 року в Єдиній державній інформаційній системі з питань трансплантації було зареєстровано 54 трансплант-координаторів, в той час як прогнозована потреба не менше ніж 500. У 2021 році в Україні на базі чотирьох закладів заплановано здійснення підготовки трансплант-координаторів. Йдеться про Національну медичну академію післядипломної освіти ім. Шупика, Національний інститут хірургії і трансплантології ім. Шалімова НАМНУ, Запорізьку медичну академію післядипломної освіти МОЗ і Національний медичний університет ім. Богомольця. Для навчання українських трансплант-координаторів залучають фахівців із США, Іспанії та Німеччини [3, с.191]. Але існує багато проблем, відомо, що одна п'ята людей, які розраховують на трансплантацію, помирає, так і не дочекавшись необхідного органу. Сьогодні лише в економічно розвинених країнах не менше 150 тис. людей потребують пересадки органів та тканин.

В Україні, згідно з опитуваннями, які проводив Інститут хірургії і трансплантології ім. А. А. Шалімова, один випадок з восьми, коли родичі, які втратили близьку людину, погоджуються на трансплантацію, тоді як у США готовність дати згоду висловлюють до 90% опитаних [2, с.131].

За всіх труднощів і недоліків сучасної медичної допомоги, люди хочуть бачити в лікареві насамперед милосердного благодійника, цілителя тілесних недуг та утішителя в стражданнях. І якщо завдяки спільним зусиллям лікаря й пацієнта смерть відсувається чи взагалі замінюється одужанням, поверненням до життя, то дякувати лікареві.

Список використаних джерел

1. Деонтологія та етика в клінічній практиці / С.І. Треумова, та ін Полтава: Техсервіс, 2017. – 375 с.

URL.: [https://www.pdmu.edu.ua/storage/kf\\_prop\\_vn\\_med/docs/ENy4LjfbNtQ7mvSPiqEJNcvzCj3XrEZ23f3Lbknh.pdf](https://www.pdmu.edu.ua/storage/kf_prop_vn_med/docs/ENy4LjfbNtQ7mvSPiqEJNcvzCj3XrEZ23f3Lbknh.pdf)

2. Москаленко В.Ф. Біоетика: Філософсько-методологічні та соціально-медичні проблеми. Вінниця : Нова книга, 2005. С. 129–139.

3. Румянцев О.П. Адміністративно-правове регулювання трансплантації в Україні: дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук: спеціальність 12.00.07 – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право / Національний авіаційний університет, МОН України. Київ, 2021. 253 с

## СКРИНІНГ СТАНУ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ ЯК ОДИН З ЕЛЕМЕНТІВ ПЕДІАТРИЧНОГО ПРИЙОМУ

*Йожикова Діана Олегівна,  
лікар-інтерн, спеціальність «Педіатрія»,  
Герасімчук Тетяна Сергіївна,  
к.м.н., асистент кафедри дитячих хвороб,  
Запорізький державний медичний університет,  
Сліпко Вікторія Олексіївна,  
завідувачка ІБВ раннього віку НКП «Дитяча лікарня №5» ЗМП*

**Актуальність:** Післяпологова депресія – депресивний розлад, який виникає під час вагітності або протягом чотирьох тижнів після пологів. Поширеність післяпологової депресії дещо варіюється в різних дослідженнях залежно від країни і в середньому сягає 3-6% в популяції в США [1, с. 153], 10% у Європі [2]. Життя в умовах постійного стресу, небезпеки, переживань за майбутнє власної дитини є значним обтяжуючим фактором для психологічного стану жінок, що сприятиме більшій поширеності даної нозології в Україні. Післяпологова депресія матері здатна значно вплинути на розвиток дитини раннього віку. Згідно наукових даних, післяпологова депресія пов'язана з підвищеним ризиком відмови від грудного вигодовування [3], погіршенням стосунків в парі [4], порушенням зв'язку матері з немовлям [5], порушенням дотримання рекомендованого календаря профілактичних щеплень [6], правил безпеки дитини [7], що негативним чином впливає на розвиток новонародженого. Великі неліковані післяпологові депресивні розлади також можуть стати причиною материнських суїцидальних думок, спроб нанесення шкоди дитині [8].

Педіатр є фахівцем, який контактує з сім'єю найчастіше. Вважаємо, що скринінг психологічного здоров'я батьків має бути елементом педіатричного прийому, як необхідна складова здорового розвитку дитини.

**Мета:** ознайомити лікарів-педіатрів з технікою проведення скринінгу стану психологічного здоров'я матері; донести важливість проведення скринінгу психологічного здоров'я батьків, як одного з елементів педіатричного прийому.

Единбурзька шкала післяпологової депресії - широко розповсюджений метод оцінки психологічного стану матері, основними перевагами якого є: легкість впровадження, швидкість проведення, економічність. Опитувальник складається з 10 питань з 4 варіантами відповідей на кожне. Кожен з варіантів відповідей співвідноситься з одним з чотирьох ступенів тяжкості та відповідає певній кількості балів. Отримана сума балів свідчить про ймовірність депресивного розладу.

Шкала не містить питань щодо соматичних проявів депресивного розладу, так як більшість з них можуть бути притаманні і фізіологічному перебігу післяпологового періоду.

Приклад опитувальника: [9]

<b>Питання:</b> «Протягом останнього тижня...»	<b>Варіанти відповідей:</b>
Я була готова сміятися і бачити світлий бік того, що відбувається	1) Так само, як зазвичай 2) Тепер дещо менше, ніж зазвичай 3) Значно менше, ніж зазвичай 4) Зовсім ні
Я із нетерпінням очікувала різних подій у моєму житті	1) Так само, як зазвичай 2) Тепер дещо менше, ніж зазвичай 3) Значно менше, ніж зазвичай 4) Зовсім ні
Я без необхідності звинувачувала себе	1) Так, в більшості випадків 2) Так, іноді 3) Ні, не часто 4) Ні, ніколи
Я тривожилась без особливої причини	1) Ні, анітрохи 2) Можливо колись 3) Так, іноді 4) Так, дуже часто
Я була налякана, панікувала	1) Так, досить багато 2) Так, іноді 3) Ні, небагато 4) Ні, анітрохи
Життєві обставини тиснули на мене	1) Так, більшість часу я не готова було впоратись з ними 2) Так, іноді я не справлялась так, як звикла 3) Ні, більшість часу я гарно справлялась 4) Ні, я справлялась так само, як зазвичай
Я була така нещасна, що навіть погано спала	1) Так, більшість часу 2) Так, іноді 3) Ні, не дуже часто 4) Ні, анітрохи
Я сумувала або була нещасна	1) Так, більшість часу 2) Так, досить часто 3) Ні, не часто 4) Ні, анітрохи
Я була нещасна і часто плакала	1) Так, майже увесь час 2) Так, досить часто 3) Ні, тільки випадково 4) Ні, ніколи
У мене виникали думки про нанесення собі шкоди	1) Так, досить часто 2) Так, іноді 3) Ні, навряд чи 4) Ні, ніколи

Референтні значення:

<b>Бал</b>	<b>Значення</b>
0-7	Низька вірогідність післяпологової депресії
8-12	Висока вірогідність післяпологової депресії
13-30	Дуже високий рівень проявів післяпологової депресії

**Висновки:** Педіатр має бути однаково уважний як до фізичного здоров'я дитини, так і до її психічного здоров'я, мікроклімату сім'ї. Запровадження скринінгових тестувань молодих батьків на планових педіатричних прийомах, дозволить вчасно виявити психічні розлади батьків, що зробить можливим надання батькам необхідної консультативної допомоги, скерування батьків до профільних лікарів. Вважаємо доцільним використовувати з скринінговою метою 10-пунктову Единбурзьку шкалу післяпологової депресії, як однаково швидкий та ефективний метод діагностики. Раннє виявлення та ефективне лікування перинатальних психічних розладів мають вирішальне значення для благополуччя сім'ї та здорового розвитку дитини.

#### Список використаних джерел

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders Fifth edition DSM-5, American Psychiatric Association, 2013, p.153
2. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014 Jan;28(1):3-12. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002. Epub 2013 Oct 7. PMID: 24140480; PMCID: PMC7077785.
3. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev.* 2010 Feb;33(1):1-6. doi: 10.1016/j.infbeh.2009.10.005. Epub 2009 Dec 3. PMID: 19962196; PMCID: PMC2819576.
4. Tikotzky L. Postpartum Maternal Sleep, Maternal Depressive Symptoms and Self-Perceived Mother-Infant Emotional Relationship. *Behav Sleep Med.* 2016;14(1):5-22. doi: 10.1080/15402002.2014.940111. Epub 2014 Aug 15. PMID: 25127316.
5. Minkovitz CS, Strobino D, Scharfstein D, Hou W, Miller T, Mistry KB, Swartz K. Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life. *Pediatrics.* 2005 Feb;115(2):306-14. doi: 10.1542/peds.2004-0341. PMID: 15687437.
6. Earls MF; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health American Academy of Pediatrics. Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. *Pediatrics.* 2010 Nov;126(5):1032-9. doi: 10.1542/peds.2010-2348. Epub 2010 Oct 25. PMID: 20974776.
7. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2016 Jan 26;315(4):388-406. doi: 10.1001/jama.2015.18948. PMID: 26813212.
8. Cantwell R, Clutton-Brock T, Cooper G, Dawson A, Drife J, Garrod D, Harper A, Hulbert D, Lucas S, McClure J, Millward-Sadler H, Neilson J, Nelson-Piercy C, Norman J, O'Herlihy C, Oates M, Shakespeare J, de Swiet M, Williamson C, Beale V, Knight M, Lennox C, Miller A, Parmar D, Rogers J, Springett A. Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *BJOG.* 2011 Mar;118 Suppl 1:1-203. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02847.x. Erratum in: *BJOG.* 2015 Apr;122(5):e1. Erratum in: *BJOG.* 2015 Apr;122(5):e1. PMID: 21356004.
9. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150:782. Copyright © 1987 British Journal of Psychiatry.

#### ПСИХОЛОГІЯ СТРЕСУ ТА СПОСОБИ БОРОТЬБИ З НИМ: HUG THERAPY (ОБІЙМОТЕРАПІЯ)

*Качмар Олександра Василівна,  
доктор філософських наук, професор,  
Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника,  
м. Івано-Франківськ*

**Анотація.** У дослідженні розкрито значення і вплив обіймотерапії та хібукі-терапії на загальний психологічний стан людини в час воєнних дій. В умовах загрози життю, яку зараз відчуває кожна українська родина, важливими стають навички, що допомагають зберегти власну продуктивність, вміння протистояти стресу, відновлювати себе, свій фізичний та емоційний стан після травматичних подій.

**Ключові слова:** стрес, дотик, депресія, хібукі-терапія, обіймотерапія

**Abstract.** The study revealed the significance and impact of hug therapy and hibuki therapy on the general psychological state of a person during military operations. In the conditions of the threat to life, which every Ukrainian family now feels, skills that help to maintain one's productivity, the ability to resist stress, restore oneself, one's physical and emotional state after traumatic events become important.

**Key words:** stress, touch, depression, hibuki-therapy, hug therapy

Під час воєнних дій психіка людини перебуває в постійному напруженні. Реакціями на стресові та травматичні події можуть бути страх, ступор, плач, агресія, почуття провини, апатія та інше.

Сьогодні нейробіологами з'ясовано, що коли люди емоційно засмучуються, наші тіла реагують, керуються збільшенням енергії. Ці фізичні реакції в кращому випадку приносять дискомфорт, а в гіршому - нестерпність. Що ми можемо зробити, щоб отримати негайну допомогу, коли ми засмучені, щоб нам не довелося вдаватися до поверхневих бальзамів, психологічних

механізмів, таких як регресії? Яке лікування є доступним, дієвим, ефективним і нетоксичним? Відповідь – дотик. Обійми та інші форми несексуального фізичного заспокоєння, такі як тримання за руки та погладження голови, втручаються на фізичному рівні, щоб допомогти мозку та тілу заспокоїтися від надзвичайних станів тривоги, паніки та сорому.

Доведено, що середня тривалість обіймів між двома людьми становить 3 секунди але, коли обійми тривають 20 секунд відбувається терапевтичний ефект на тіло та розум. Причина в тому, що щирі обійми виробляють гормон «окситоцин», який мозок природним чином виділяє в нервову систему щоразу, коли постраждалий обіймається або фізично близький.

Дослідження підтверджує, що окситоцин допомагає людям подолати соціальне відторгнення. Одне з досліджень про вплив цього «гормону обіймів» було опубліковано в медичному журналі *Psychoneuroendocrinology*. Це дослідження мало на меті вивчити ефективність обіймів у зменшенні депресії та відчуття безсилля у постраждалих підлітків. Був проведений рандомізований контрольний експеримент за участю 20 підлітків, які страждали від депресії та почуття безсилля. Цей зразок був взятий у амбулаторних пацієнтів, які відвідували психіатричну лікарню Аتماхусада Махакам, Самаринда, Східний Калімантан. Цілих 10 суб'єктів експериментальної групи отримували терапію обіймами, а 10 суб'єктів контрольної групи не отримували терапію обіймами. Залежними змінними були депресія та відчуття безсилля. Незалежною змінною була терапія обіймами. Депресію вимірювали за допомогою опису депресії Бека (BDI). Почуття безсилля вимірювалося за шкалою безнадії Бека (BHS). Різницю в частці постраждалих суб'єктів після втручання аналізували хі-квадратом. Результати: після втручання частка пацієнтів з депресією в групі терапії обіймами становила 7 (70%), а в контрольній групі – 9 (90%) з  $p=0,265$ .

Ця терапія, яка, головним чином, є соматичною або пов'язаною з тілом, навчила використовувати фантазії та уяву пацієнтів, щоб допомогти задовольнити незадоволені потреби або регулювати нервову систему людини. Фантазії, як виявилось, часто ґрунтуються на фізичному комфорті. Парадокс обіймів полягає в тому, що, незважаючи на те, що вони, по суті, є фізичними, їх також можна відтворити подумки. Варто пропонувати людям якщо вони вважають за потрібне, уявити, що хтось із ними почувається в безпеці, включаючи мене, тримають їх на руках, як в дитинстві [1]. Це працює, тому що мозок багато в чому не знає різниці між реальністю та фантазією. Обійми знижують рівень кортизолу, який іноді називають «гормоном стресу», у вашому організмі. Обійми навіть знижують артеріальний тиск і пульс. У той же час чудові обійми з членом сім'ї чи другом також підвищують рівень таких нейромедіаторів, як дофамін, у вашій нервовій системі. Дофамін іноді називають «гормоном щастя».

Обійми є однією з форм позитивного фізичного контакту. Інші форми включають тримання за руки, погладження та лікувальний масаж [2].

Виховання дотиків у ранньому віці допомагає нашим підліткам регулювати емоції. Завдяки високим рівням любовних обіймів і фізичного контакту немовлята й малюки розвиваються здоровими та стресостійкими.

В умовах загрози життю, яку зараз відчуває кожна українська родина, важливими стають навички, що допомагають зберегти власну продуктивність, вміння протистояти стресу, відновлювати себе, свій фізичний та емоційний стан після травмуючих подій.

Сьогодні за підтримкою ЮНІСЕФ, Україна переймає досвід Ізраїлю з підтримки дітей, які пережили травматичні події, у тому числі, пов'язані з війною. Державна програма Хібукі- терапія, яка трансформувалася не лише у повноцінну терапевтичну методику, але й успішно застосовується в школах як психологічний та дієвий педагогічний інструмент. Терапія полягає в тому, що дитина переносить на іграшку свої переживання і страхи, розповідає про власні переживання та почуття. У дитини формується досвід розуміння свого стану та потреб, піклування про себе через хібукі: плюшевий собака з довгими кінцівками та сумним виразом обличчя, який має дивовижну здібність зцілювати дітей, які пережили приголомшливу травму. Коли клінічний психолог доктор Шай Хен-Гал почав шукати спосіб допомогти ізраїльським дітям подолати травму Другої Ліванської війни, він навіть не міг уявити, що проект заживе окремим життям. Сьогодні Хібукі, чие ім'я приблизно перекладається як «Хуггі» – «відкриті обійми» на івриті, є важливим інструментом, який допомагає українським дітям подолати травму війни, що триває. «Перше, що роблять діти, коли беруть в руки іграшку Хібукі, – розповідає Хен-Гал, – дозволяють їй обійняти їх». Діти відразу прив'язуються до іграшки. «Ви запитуете дитину, як почувається Хібукі, і вона відповідає – йому сумно. А потім ви запитуете її, чому, і вона проектує свої почуття на собаку-обіймаку. Наприклад, дитина скаже: «Вони стріляють у будинок Хібукі» або «Хібукі боїться, що з його татом щось станеться».

Діти відчують, що можуть спертися на Хібукі, – пояснює Хен-Гал. «Ми даємо їм собачку в подарунок і кажемо: «Ви повинні піклуватися про нього». Якщо він злякається вночі, допоможіть йому заснути, заспокойте його і відведіть до дитячого садка чи школи». Діти беруть активну роль, що сприяє певному самозаспокоєнню. Замість того, щоб зосереджуватися на власних тривогах, вони зосереджують свою увагу деінде. Виявлено, що діти, які отримали ляльку, менше страждають від тривоги та депресії. Чим більше вони піклуються про іграшку, тим краще почуваються. На дотик Хібукі м'якенький. Торкаючись іграшки, дитина відчуває тепло й затишок, а, отже, безпеку. Інший секрет Хібукі – у нього сумні очі. І це також не випадково. На думку автора методики доктора Шай Хен Галя та керівниці й авторки ідеї адаптації проекту Дафни Шарон-Максимової, дитина, вдивляючись в очі Хібукі, переносить на нього свої страхи й переживання, навчається розуміти себе, бути чуйною. Таке перенесення травмивного досвіду з дитини на іграшку допомагає їй упоратися з психотравмою й не застрягнути в ній.

«Важливо пам'ятати, що кожна людина, а особливо кожна дитина, має сильний природний внутрішній компас, який спрямовує її до зростання, що дозволяє їй успішно долати важкі життєві події.» – наголошує Шай Хен-Гал [4].

Міжнародний проєкт «Хібукі-терапія», який від початку війни працює в Україні, з допомогою БФ Карітас-Івано-Франківськ приїздив у калузьке селище Рожнятів. М'яка іграшка з Ізраїлю допомагає нашим дітям пережити травматичні події. Собака-обіймака з довгими кінцівками та сумними очима – не чарівна, але з допомогою психолога Тетяни Зав'ялової показала напрочуд дивовижні результати цілющої сили. Цей новітній метод психотерапії, заснований лікарем Шай Хен-Галем (Ізраїль), спрямований на перенесення страхів, переживань, тривоги дитини на іграшкового друга через піклування про нього.

Завдяки керівнику міжнародних проєктів з хібукі-терапії Dafna Sharon (Ізраїль), навчальному тренеру, супервізору проєкту України Вікторії Назаревич (Україна), кризовому психологу, тренеру хібукі-терапії (м. Івано-Франківськ) Тетяні Зав'ялової цей ефективний психологічний метод допомагає дітям подолати стресовий стан. Прикарпатці пройшли тренінг за методом хібукі-терапії, щоби надалі застосовувати її в громадах. Тож навіть після перемоги України хібукі, швидше за все, залишаться дієвим інструментом психологів та педагогів. Раніше хібукі-терапія була виключно інструментом психологів. Але наразі йдеться про надвелику кількість людей, цілу країну, яка піддалася впливу травматичних подій. І фаховим психологам потрібна масштабна допомога. Тому спільно з Дафною Шарон-Максимов та її колегами розроблено спеціалізований курс для педагогів, який даватиме вчителям основи роботи з методом хібукі-терапії. А також поєднає цей метод із програмою СЕЕН в Україні“ [5].

В нинішніх реаліях – і діти, і батьки, дорослі перебувають у стресо-травмі: терапія обіймами, хібукі-терапія це інструменти, з якими можна працювати й ефективно здійснювати будь-яку адаптацію. Дотик, що колись передував виникненню і допомагав розвитку мови, навіть після віків ригористичного ставлення до тактильності залишиться базовою людською потребою. Обіймотерапія набудатиме важливості і стане однією з найпопулярніших терапій сучасності не тільки у час війни, а навіть після перемоги України: так як окрім підняття настрою та самооцінки вона впливає на зниження артеріального тиску, підвищенню імунітету, підвищенню гемоглобіну в крові та сприяє одужанню і покращенню самопочуття.

#### Список використаної літератури

1. Muhammad Ali Adriansyah, Sugandi, Linda Sofia, Netty Dian. The effectiveness of hugging in reducing depression and the feeling of powerlessness in the affected adolescents. *Conference paper // Mid-International Conference on Public Health 2018* Prastica. Proceeding Mid ICPH. 2018. P.258.

2. Field B. Why you feel like you need a hug from someone. Verywell mind. Mental health. Medically reviewed by Steven Gans, MD. URL: <https://www.verywellmind.com/when-you-feel-you-need-a-hug-5216785>

3. Home. Good Health and Well-Being. SDG 3- Healing Through Hibuki. URL: <https://socialimpactil.com/sdg-3-healing-through-hibuki/>

4. Хібукі-терапія: як собака-обіймака допомагає дітям з України впоратися зі стресом від війни. URL: <https://rubryka.com/article/hibuki-therapy/>

5. Степанова- Камиш А. Хібукі-терапія в Україні: особливості феномену. Нова українська школа. URL: <https://nus.org.ua/articles/hibuki-terapiya-v-ukrayini-osoblyvosti-fenomenu/>

## ПРОБЛЕМИ ЖИТТЯ І СМЕРТІ В КОНТЕКСТІ ФІЛОСОФСЬКОГО ДИСКУРСУ

*Козловець Микола Адамович,  
доктор філософських наук, професор,  
професор кафедри філософії та політології  
Житомирського державного університету імені Івана Франка*

Проблема життя і смерті – одна з основних проблем філософії. Здавна людина, будучи розумною істотою, здатною усвідомлювати скінченність власного буття, замислювалась над тим, що чекає її після життя, за межею єдино відомого їй існування. Відсутність досвіду життя після смерті зумовлювало страх і благовоління перед смертю як невідомим й абсолютно неминучим завершенням земного шляху кожної людини. Тому тема смерті, пошук рецептів безсмертя присутня практично в кожній культурній системі і співвідноситься з уявленнями про цінність і смисл життя. Єдності в різних світоглядних системах при обговоренні цих питань немає.

Давньокитайська філософія, наприклад, не протиставляла тілесне і духовне, розглядала їх як не просто взаємопов'язані, а рядоположені сутності, які складають єдине буття-становлення, безперервний потік змін і трансформацій. Не випадково, в китайській традиції категорія *ці* (кит. 氣) трактується як деяка субстанція, що проявляється і в формі духу, і в формі речовини. Як життєва енергія, життєва сила, потік енергії ці формує будь-яке живе створіння і є фундаментальним принципом у традиційній китайській медицині [1, с. 705]. Тому абсолютне протиставлення між життям і смертю у давньокитайській свідомості відсутнє. Факт смерті в останній оцінювався як щось таке, що немає істотного буттєвого значення. Якщо людина вмерла, то в цьому немає особливої трагедії, оскільки вона все одно залишається серед живих, щоправда як покійник. Мертвий відходить від живих умовно, в якомусь обмеженому смислі. Він нас не залишає. Залишивши частину земного світу, небіжчик відправляється до інших людей, які померли раніше, але нікуди не зникли. Звідси характерний для цієї культури культ предків.

Не розділяли буття і небуття, життя і смерть й в Стародавньому Єгипті. Так, згідно давньоєгипетської «Книги мертвих» смерть у звичному розумінні трактується як завершення, закінчення життєвого шляху, як протилежність життя взагалі не існує. «Ніхто і ніщо не вмирає. Все змінюється, трансформується. Народження і смерть – дві сторони єдиного життя. Смерть – це не кінець, а лише новий початок. Це відродження, продовження існування Безсмертної Душі людини у світі іншому, продовження його подорожі через Вічність» [2].

Німецький філософ Артур Шопенгауер пішов ще далі. Він підкреслює особливу значущість не життя, а смерті для кожної людини. Саме людське життя тлумачиться ним як перебування у «несправжньому бутті» уявлень, ланцюг незгод і страждань, які змінюють одне одного. Смерть же, навпаки, спроможна позбавити людину від страждань повсякденного життя. Тому смерть А. Шопенгауер вважає справжньою метою існування кожної людини. Філософ дає розуміння того, що краще було б повністю звільнитися від її пут, зробивши вибір на користь істинного буття, буття світу Волі. Смерть, на його думку, вбиває в людині первісно притаманний егоїзм, який змушує її протягом всього життя вважати себе єдиним центром світотворення; вона витверезує людину і дозволяє прийти до істинного розуміння речей. Життя і смерть є трагічними лише для пересічної людини, нездатної досягнути їх таємниці і спроможної тільки споглядати [3; 4].

Позитивістська філософія також не прагне навчити правильній життєвій позиції щодо смерті, як це було, наприклад, в античності. Екзистенціальні питання, пов'язані, зокрема, зі смертю, вирішуються кожною людиною окремо, з опорою на власний досвід. Людина масової культури, яка орієнтується на загальні культурні установки, а не формує власної життєвої позиції, переживає неусвідомлений страх при думці про смерть і не має захисту від цього страху.

В індустріальній культурі відбувається зміна ролі релігійного чинника щодо феноменів життя і смерті. Релігія, яка була основним регулятором у питаннях життя і смерті в традиційній культурі, починаючи з часу розвитку наукового знання як основного пріоритету культури, втрачає для людини своє значення. Наука у питаннях життя і смерті висвітлює емпіричний бік проблеми, її зусилля спрямовані на дослідження функціонування смерті в організмі. Мета наукових досліджень – максимальне продовження життя людини і в майбутньому – винайдення нових, більш життєздатних форм існування, тобто виникнення нового типу людини, що базуватиметься на синтезі людини і машини, а це означатиме «смерть людини». Наука не відповідає на питання, які стосуються духовних аспектів проблеми, це не є її завданням.

Постіндустріальна доба вирішує проблему життя і смерті, виходячи із принципу скінченності існування. Якщо смерть є межею, то потрібно якомога далі її відсунути, тобто йдеться вже про



штучне продовження життя людини. Тіло людини як і раніше залишається носієм людського духу, але тепер, на відміну від доби розквіту християнства, воно не є визначальним у питанні продовженні життя. Якщо людська плоть має обмежений термін «служби», то існування буття людини можна продовжити штучною заміною окремих органів в людському організмі. Однак питання про штучне усунення смерті не вирішене, і людина змушена миритися з її присутністю у своєму існуванні.

В культурі постіндустріального суспільства формується модель феномена смерті, яку можна позначити як «байдужість до смерті». Смерть в її традиційному розумінні як остання межа людського існування отримує негативне осмислення і відбувається «витіснення» смерті. При цьому з'являється новий тип смерті, який характеризується неявною розмежованістю життя і смерті. Життя і смерть співіснують в одному просторі, мертве проникає в живе, але для людини воно не усвідомлюється як мертве. Подібна конвергенція живого і мертвого породжує формування нового цілого, в якому смерть і життя перемішані інакше, ніж у традиційній культурі. Змінюється межа живого і мертвого. Це вже не перехід живого у стан мертвого, а присутність смерті у самому житті, часто невлотимим і прихованим від людини способом. Протилежним феноменом до біологічної смерті в її традиційному розумінні (як втрата окремо взятої людини) є моральна смерть, яка, навпаки, може виступати не як втрата, а як надбання в тому випадку, коли йдеться про оновлення як вдосконалення.

В культурі постмодерну, в умовах віртуального світу виникає таке явище, як замовчування смерті. Смерть зберігає свою необоротність в суспільстві оборотності. І ця її характеристика перешкоджає проникненню смерті у світ віртуальної реальності, хоча в цьому світі масовим стає зображення віртуальної смерті. Комп'ютер стає універсальним «протезом» у плані підміни органів людини в інформаційно-духовному відношенні. Крім того, віртуальна реальність змінює сутність самої людини, насичуючи її штучними або неживими за походженням і методом функціонування елементами.

При співпоставленні двох світів: реального і віртуального виявляється, що у першому світі смерть своїми постійними супутниками має хвороби, старіння, тілесність, зношення, каліцтво, немічність і безсилля. Всі ці супутники-атрибути смерті, знаки її наближення сприймаються по-різному в традиційній культурі (повага до людей старшого віку), в індустріальному суспільстві (обтяжливості) і у віртуальному світі постіндустріального суспільства (перетворення в інше). У віртуальному світі, який витісняє реальний, повсюдно його підміняє, на місце цих атрибутів приходять випадковість і катастрофа як непорозуміння, які усуваються, а сама смерть стає перешкодою. Смерть у формі симулякрів проникає в усі сфери життя, відбувається глобальна конвергенція живого і мертвого. У цьому процесі реально мертве замінюється віртуально мертвим, старість, хвороба – випадковістю, катастрофою. Виникає видимість всезагальної оборотності. Однак у світі віртуальному, побудованому на принципі оборотності всіх його атрибутів, в тому числі й атрибутів смерті, немає місця смерті, вона перебуває за межами світу оборотності. Смерть – це необоротність, тотальна межа світу необоротності й віртуальності.

Стрімкий розвиток реаніматології та анестезіології призвів до розмивання понять «життя» і «смерть». Поєднавшись із гуманізацією медицини, зростанням ролі пацієнта та його прав у медичній етиці, це сформулювало таку проблему сучасної біоетики, як евтаназія. Евтаназія (*грец.* ευ – добре + *грец.* θάνατος – смерть) – припинення життя людини у швидкий та безболісний спосіб. Її застосовують для людей, котрі мають невиліковне захворювання й більше не хочуть терпіти біль [5].

Проблема евтаназії обертається навколо низки питань, що стають частиною життя сучасної людини: Чи завжди треба боротися за життя? Чи може бути життя гірше смерті? Чи обов'язково смерть має бути болісною? Евтаназія – це вбивство чи гуманна допомога вмираючому? Хто має здійснювати евтаназію? Чи є її альтернативи? Парадоксальність цієї проблеми засвідчує її фундаментальну важливість не лише для медичного, а й для філософського дискурсу про людину. Життя та смерть – це два полюси, у напрузі між якими проходить людське існування. Абсолютизація одного із цих полюсів веде до затухання самої сили і величі людського буття. Окрім того, питання евтаназії є ще й питанням людської гідності: здатності не лише достойно жити, а й гідно померти.

Складність проблеми евтаназії має й суто понятійний аспект, адже сама смерть й до сьогодні залишається таємницею людського існування. До того ж, наповнена ціннісними характеристиками, смерть не піддається такій безпристрасній науковій об'єктивації, як її протилежність – життя. Звідси й неймовірна живучість віри в безсмертя, у розповіді про клінічну смерть та навколосмертні

переживання. Наука, зокрема і медицина, може говорити лише про процес, однак не про сам стан, а про вмирання. У цьому випадку евтаназія належить саме до процесу вмирання, а не до стану смерті, тому і не йдеться про вбивство. Евтаназія тут – турбота про вмираючого, здатність зберегти гідність перед обличчям неминучого – смерті.

Розрізняють активну і пасивну форму евтаназії. Активна евтаназія – це спрямоване втручання, щоб перервати життя пацієнта, наприклад, шляхом ін'єкції засобу, що спричиняє летальний ефект. Пасивна евтаназія – це припинення надання медичної допомоги, наприклад, відмова від лікування, що підтримує життя, для пришвидшення настання природної смерті. Зустрічається також термін «асистоване самогубство», коли медпрацівник дає пацієнту летальний препарат або виписує рецепт на нього, тобто він не вирішує долю людини замість неї й не позбавляє її життя власними. Зазначимо, що зараз лише близько десяти країн світу дозволяють легально позбавити людину життя, коли про це просить вона сама або її опікуни.

Як уже зазначалося, у добу розвитку біомедичних технологій, технологій відновлення та підтримки життя важливим є проведення межі між життям та смертю. Евтаназія стосується людини, яка приречена на вмирання; це припинення життя, яке нестерпне більше, аніж «убивство» людини. У цьому контексті евтаназія – феномен, який органічно вписується у культуру постмодерну, де будь-який біль, дискомфорт, страждання усуваються, опосередковуються технічними, фармакологічними засобами. Це система «м'якого», однак тотального контролю над життям у всіх його сферах та проявах, особливо у сфері тілесних практик.

Сучасні біомедичні технології дають змогу інтенсифікувати можливість продовження життя, не даючи людині померти. У цьому випадку з активного суб'єкта, що володіє невід'ємним правом на життя та свободу, людина, що вмирає, перетворюється на пасивний об'єкт маніпуляцій; така людина перебуває у стані, коли «право на життя» перетворюється на симулякр, однак починає зростати роль іншого права – «право на смерть», в якому людина може повернути особистісну значущість, цінність та право розпоряджатися своїм життям на власний розсуд [6, с. 200-203].

Проблема евтаназії породила дві протилежні точки зору на її вирішення – ліберальну (позитивне ставлення) і консервативну (негативне ставлення). Ліберальна позиція виходить із принципу: достойно жити – гідно померти. Було б аморальним уважати необхідністю страждання людини, яка смертельно хвора і в будь-якому разі помре. Тут евтаназія – прояв людинолюбства. Крім того, евтаназія не повинна бути універсальним засобом і застосовуватись лише щодо обмежених груп пацієнтів, наприклад, невиліковно хворих, паралізованих хворих (новонароджених з атрофованим мозком) тощо.

Консервативна позиція виходить із принципу недоторканості та святості людського життя. Тут евтаназія розглядається як форма вбивства – легалізована, відтак жадлива. Лікар, з точки зору консервативної позиції, перетворюється на вбивцю, ката без жодних етичних обмежень. Противники евтаназії цілком справедливо вказують на деякі зловживання, що можуть бути допущені. Так, ніколи не можна виключати можливості вилікуватись, навіть від найстрашнішої хвороби; при евтаназії можливі діагностичні помилки чи зловживання з боку медичного персоналу, членів сім'ї, людей, зацікавлених у припиненні життя того чи іншого пацієнта. Охоплюючи низку питань, що мають фундаментальне значення для людського існування, евтаназія передусім ставить граничну проблему людини – її життя, смерті, гідності та свободи.

Альтернативою евтаназії є паліативна (*від лат. pallium – маска, плащ*) медична допомога інкурабельним (невиліковуваним) хворим, яка передбачає використання різноманітних процедур, спрямованих на полегшення стану хворого. Паліативна допомога покликана приховувати протікання тяжкого недуга, захищати, «укривати плащем» тих, хто потребує підтримки й допомоги. Отримувачам паліативної допомоги є насамперед пацієнти зі злоякісними утвореннями. При цьому головним завданням лікаря є не лише купірування болю та інших патологічних симптомів, а також вирішення соціальних, психологічних та інших духовних потреб хворого. Паліативна допомога – це не просто догляд за тяжко і невиліковано хворим пацієнтом. Це особливе ставлення суспільства до людини, яка відчуває наближення і неминучий відхід із життя, що ґрунтується на принципах гуманізму, утвердження життя і розуміння смерті як нормального й абсолютно закономірного процесу. Вона не ставить за мету продовження терміну життя хворого, не дає беззмістовних обіцянок, а забезпечує необхідну підтримку, максимально можливий рівень якості життя пацієнтів, їх активну й конструктивну взаємодію з іншими людьми на весь період, який є в їх розпорядженні.

Таким чином, проблема життя і смерті виходить за межі суто медичної, нині вона постає правовою, соціальною, філософською проблемою. У зв'язку з цим, необхідним є формування в

суспільстві нового відношення до проблем життя і смерті, розуміння того, що цінність людського життя визначається не його тривалістю, що боротьба за максимально високу якість життя для кожної людини, навіть якщо вона немає жодних шансів на повне одужування і відновлення всієї повноти функціональних можливостей, є дійсною ціллю життя суспільства, кожної людини. Подібні зміни потребують переосмислення вічної філософської проблеми життя і смерті на основі цілісного, холістичного тлумачення феномена буття, відповідно до якого смерть не виступає запереченням, протилежністю життя, а є закономірним процесом, котрий не виключає принципів гуманізму, альтруїзму й утвердження життя.

Список використаних джерел

1. Усик А. Ці // Філософський енциклопедичний словник / В. І. Шинкарук (гол. ред.) та ін. Київ: Інститут філософії імені Григорія Сковороди НАН України: Абрис, 2002. С. 705.
2. Сикирич Е. Вечная мудрость Древнего Египта; [Электронный ресурс]. URL: [https://www.newacropolis.ru/magazines/4\\_2001/Vechn\\_mudr\\_dr\\_Egipta/](https://www.newacropolis.ru/magazines/4_2001/Vechn_mudr_dr_Egipta/) (Дата звернення: 01.02.2023).
3. Schopenhauer, Arthur. The World as Will and Representation. Vol. 1. Book 4.
4. Філософія Артура Шопенгауера та сучасність: кол. моногр. / за ред. Анатолія Карася. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2012. 164 с.
5. Заблоцький Б. Евтаназія // Філософський енциклопедичний словник / В. І. Шинкарук (гол. ред.) та ін. Київ: Інститут філософії імені Григорія Сковороди НАН України: Абрис, 2002. С. 184.
6. Воронюк О. Л. Філософія: підручник. Київ: ВСВ «Медицина», 2013. 224 с.

### **МОРАЛЬНО-ЕТИЧНА ПРОБЛЕМА РОБОТИ ПЕДІАТРА З БАТЬКАМИ-АНТИВАКЦИНАТОРАМИ**

*Лямцева Олена Валентинівна,  
аспірант кафедри факультетської педіатрії.  
Науковий керівник - Утюж Ірина Геннадіївна, д.філос.н.,  
професор, зав.кафедри суспільний дисциплін,  
Запорізький державний медичний університет*

Вакцини впевнено можна назвати одним з найважливіших досягнень людства та впевнено поставити на п'єдестал найбільш корисних винаходів в сфері медицини. На сьогодні людство має доволі широкий перелік вакцин-контрольованих інфекцій доводячи те, що саме введення в організм вакцини є надійним та найбільш перевіреним методом створення імунітету та профілактики важких ускладнень від, здавалося, звичайного вірусу або бактерії. В наведеного ніби зрозуміло, що саме вакцинація є обов'язковим методом профілактики і в часи, коли медицина як наука відкрита до питань пацієнта, рух антивакцинологів продовжує існувати. Незважаючи на те, що протидія вакцинам є такою ж старою, як і самі вакцини, нещодавно відбулося сплеск протидії вакцинам загалом, який посилюється з відкриттям кожної нової вакцини.

Ми як молоді лікарі не раз задавали собі питання щодо того, звідки виникає історія антивакцинологічного руху. І як тільки поринаєш у вивчення цього питання, одразу розумієш, що ця проблема більша і глибша ніж собі уявляєш. І здавалось, в часи наукового прогресу і вільного доступу до якісної перевіреної інформації, питань щодо недоцільності вакцинації просто не повинно існувати, але ось і ми у 2023 році знову підіймаємо питання морально-етичної проблеми роботи педіатрів з батьками антивакцинологів.

Отже, для початку заглибимось до витоків виникнення вакцинації та антивакцинологічного руху. Вакцинація як процес створення колективного імунітету бере свій початок ще у XVIII столітті. В часи, коли не було антибактеріальних препаратів та можливості розпізнати особливості будови білку клітинної стінки бактеріального збудника інфекції. Саме вакцини сприяли зниженню рівня поширених дитячих захворювань і, в деяких випадках, навіть знищили деякі хвороби, які були поширеними в минулі роки, такі як віспа, чума великої рогатої худоби, і майже викоринили малярію та поліомієліт, які при цьому є життєзагрозливими захворюваннями. Опозиція проти вакцин зароджується одночасно. Так, в тому ж XVIII столітті преподобний Едмунд Мессі в Англії назвав вакцини «диявольськими операціями» у своїй проповіді 1772 року «Небезпечна і гріхозна практика щеплення»[1]. Ця думка надихала інших представників релігії і вже несла в собі думку про те, що вакцини є справою диявола, аргументуючи свою недовіру щодо доцільності вакцинації.

З моменту підйому та поширення використання вакцин антивакцинальна компанія ніколи повністю не зникла, періодично висловлюючись у різних частинах світу через теологічні

аргументи, скептицизм та юридичні перешкоди. Одним прикладом такої діяльності можна назвати формування Ліги проти вакцини після ухвалення законів у Британії в середині XIX століття щодо встановлення обов'язкової для батьків вакцинації своїх дітей [1,4]. Ліга наголошувала, що її місія саме в захисті свободи людей, які зазнали «вторгнення» парламенту та його законів про обов'язкову вакцинацію [3]. При цьому впевнено можна сказати, що підтримуючи і ніби захищаючи права дітей, чиї батьки проти вакцин, ці ж люди порушують право користуватися колективним імунітетом для тих дітей, хто має абсолютні протипокази до введення вакцини через хронічне захворювання. Тут доречно згадати, що власна свобода завершується там – де починається свобода іншого.

Слід зазначити, що для послідовників антивакцинального руху базовими переконаннями своїх поглядів є фіксовані випадки побічних реакцій, одиничні статті про небезпечність вакцин, інформація про зв'язок з ризиком розвитку розладів аутистичного спектру та підтримка засобів масової інформації. З боку медицини як науки доведено, що ризик виникнення небажаної поствакцинальної реакції не вище за ризик розвитку побічної реакції будь-якого лікарського препарату при його правильному та призначеному лікарем дозуванні [1,3].

Наступний популярний міф стосується розладів аутистичного спектру, автором якого є британський лікар Ендрю Вейкфілд. Дослідження за його авторством вийшло у 1998 році та складалося з розгляду 12 випадків аутизму, який від пов'язав з вакциною проти кору, паратиту та краснухи (КПК). Вже за 5 років було виявлено, що він мав фінансовий інтерес в отриманні патенту на власну вакцину від кору й подаючи позови проти компаній, які вже виготовляли вакцину КПК. Пізніше його стаття була видалена з журналу з позбавленням Вейкфілда лікарської ліцензії. В подальшому, всі дані на які зсувався Вейкфілд було спростовано масштабними дослідженнями до кладу яких увійшло понад 500 тисяч дітей, підтвердивши, що ні вакцини загалом, ні їхні окремі компоненти, не викликають аутизм [2,4].

Незважаючи на перераховані доказові аргументи на користь безпечності та необхідності проведення вакцинації, наявності даних у відкритому доступі щодо інгредієнтів та процесу виготовлення вакцин, опису стадій проведення всіх етапів дослідження та їх перевірки, педіатри найчастіше зустрічаються з недовірою батьків до вакцинації навіть тоді, коли постає питання безпеки та здоров'я власної дитини.

Впевнено можна сказати що на допомогу педіатрам приходять рекомендації Всесвітньої Організації Охорони здоров'я, нормативно-правова база України, накази Міністерства Охорони здоров'я та вимоги закладів дошкільної та шкільної освіти. Проте вказані джерела іноді не в змозі протистояти стіні непорозуміння та недовіри батьків.

На сьогодні, у боротьбі педіатрів з псевдонауковими лозунгами та фактам, на які опираються батьки антивакцинатори, правильними та реальними інструментами слугують активна просвітницька діяльність, оприлюднення спростувань міфів та показ доказів ефективності та необхідності вакцинації. Свідомий вибір батьків щодо визнання вакцинації як методу профілактики захворювань залежить як від можливості донесення лікарем реальних фактів, переваг проведення вакцинації дітей та зваженим реплікам, підкріпленим науковим підґрунтям, так і від можливості батьків сприйняти та зрозуміти отриману інформацію після глибокого її освідомлення.

Підходячи до висновків можна зазначити, що опозиція проти вакцини серед батьків призводить до етичної дилеми, яку можна проаналізувати спираючись на медичну етику, моральні принципи, власний досвід лікарів та державну юридично-правову базу. Медична етика вимагає від медичних працівників дотримуватися кодексу біоетики, який підтримує автономію, нешкідливість, благодійність і справедливість, залишаючись відкритим питанням до обговорення та пошуку шляху, який допоможе спростувати міфи та покращити освіченість серед батьків. У формуванні програм просвітництва повинні бути не лише лікарі та саме батьки антивакцинатори, але й держава в особі Міністерства охорони здоров'я як базовий елемент взаємовідносин та врегулювання проблемних питань і зацікавленістю у формуванні суспільства як здорової нації.

#### Список використаних джерел

1. Azhar Hussan, Syed Ali, Madiha Ahmed. The Anti-vaccination Movement: A Regression in Modern Medicine. *Hussain et al.* 2018. Vol. 10(7). DOI: 10.7759/cureus.2919. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6122668/>
2. Influenza immunization for all health care personnel: keep it mandatory. Committee on Infectious Diseases. *Pediatrics*. 2015. Vol.136. P.809–818.

3. Massey E. Sermon against the dangerous and sinful practice of inoculation. *Lecturer of St. Alban Woodstreet*. 2018. URL: <http://name.umdl.umich.edu/N02782.0001.001>

4. Religious Conviction and The Boston Inoculation Controversy of 1721. *Storm*. 2018. AE. URL: <http://scholarworks.wm.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://scholar.google.com/&httpsredir=1&article=1409&context=honorsthesis>

## **РЕАНІМАЦІЯ ЯК ВИЩИЙ РІВЕНЬ ВЛАДИ НАД ЛЮДИНОЮ ЧЕРЕЗ ТІЛЕСНІСТЬ**

*Макарова Ольга Анатоліївна,  
студентка 3 курсу II медичного факультету,  
спеціальність 228 «Педіатрія»,  
науковий керівник: к. філос. н., доцент Спиця Наталя Валеріївна,  
Запорізький державний медичний університет*

Реаніматологи рятують тисячі життів – у звичайні дні, під час пандемії, під час війни. Впродовж останніх років їм доводиться працювати на психоемоційному максимумі – бачити, відчувати страждання пацієнтів і тривогу родичів, потерпати від негативних емоцій і, на жаль, повідомляти про смерть. Суть одна – між життям і смертю. Відчувати її своїм серцем – звичний стан. Чи думали ви колись, що відчувають лікарі? Страх? Сумнів? Владу? Чи силуетно нічого?

Відносини «лікар – пацієнт» зазнають значних змін. Резонними факторами є те, що у суспільстві відбувається підвищення рівня загальної та медичної освіченості населення, доступність медичних джерел інформації. Тобто пацієнт перероджується, розуміє рівень росту медичних наук, і у такий спосіб зростає ступінь довіри до лікаря. З цього виходить, що за багато років розвитку реанімаційні заходи в самому значенні сприймаються як сучасний міждисциплінарний феномен, який об'єднує медичні знання і людські цінності. Надавати високоякісну медичну допомогу – справа високої відповідальності лікаря, яка має не тільки особистісні, але й системні гносеологічні аспекти. А також вагому роль відіграють сумніви. З одного боку – скептицизм грає негативну роль, оскільки принижує пізнавальні можливості людини. З іншого боку – людина, яка не ставить під сумнів отримане знання, не може бути повноцінним професіоналом і ризикує опинитися на позиціях догматизму.

Перші реанімаційні заходи я застосувала в 12 років. В моєї близької людини була обструкція дихальних шляхів стороннім тілом. Я пам'ятаю той стан. І раптом все змовкло, зупинилося, завмерло, ніби перед бурею. Ні страху, ні переживання, я нічого не відчувала. У такий ранній вік, я була не готова до даної ситуації, але ця обставина подарувала мені досвід – посттравматичне зростання. Здатність швидко відновлювати фізичне і психічне здоров'я після стресових і травмуючих подій. Іншими словами, коли я взяла владу над людиною через тілесність, насправді ж оволоділа собою – своїм «Я». Цей, ще дитячий досвід привів мене до думки, що лікар в реанімації бере контроль не тільки над життям та здоров'ям свого пацієнта, він бере контроль над собою, якогось зовсім нового рівня, дуже особливого. Реанімаційні дії лікаря – це контроль за двома, покладений на одні плечі. Це велика відповідальність і величезний тягар, який має усвідомлювати як студент, який тільки приходить в професію, так і суспільство, яке має розуміти що саме відчуває лікар-реаніматолог, наскільки цінною та відповідальною є ця професія.

Підбиваючи підсумок міркувань, аналізуючи факти, ми розуміємо, що під час реанімації людина не контролює своє тіло. В той час як персону, яка проводить реанімаційні заходи, повністю володіє людиною через тілесність. Намагаючись більш адекватно визначити відносини «лікар — пацієнт», зберігаючи фундаментальні цінності й обов'язки, деякі етики говорять про те, що лікар і пацієнт повинні бачити один в одному колег, які прагнуть до загальної мети — до ліквідації хвороби і захисту здоров'я пацієнта. Саме в таких взаєминах довіри відіграє вирішальну роль. Але саме в реанімації лікар має брати всю повноту відповідальності на себе, пацієнт вже не приймає рішення, в нього немає сил, він в несвідомому стані, а отже лікар має діяти так, ніби невдача неможлива, і для себе, і для пацієнта.

Список використаних джерел

1. Москаленко В. Ф. Біоетика: філософсько-методологічні та соціально-медичні проблеми / Москаленко В. Ф., Попов М. В. – Вінниця: Нова книга, 2005. 218с.
2. Назар П. С. Основи медичної етики: Навчальний посібник / Назар П. С., Віленський Ю. Г., Грандо О. А. – К.: Здоров'я, 2002. – 344 с.
3. Юрочко Ф. Лікарські помилки в медицині / Юрочко Ф. // Медицина світу. 2004. – Т.16. – Част. 2. – С. 166 – 167.

## ЕТАПИ СТАНОВЛЕННЯ ПОСТЛЮДИНИ В ПРОЦЕСІ МОДЕРНІЗАЦІЇ ЛЮДСЬКОГО ПОТЕНЦІАЛУ В УКРАЇНІ ПІД ЧАС ВІЙНИ

*Масюк Олег Петрович,  
доктор філософських наук, доцент,  
професор кафедри соціальної філософії та управління,  
Запорізький національний університет*

Теперішня Україна виросла в ідеалах радянського розуміння здоров'я, де людина з особливими потребами знаходилась за дужками суспільного життя. Зазвичай такі люди залишались наодинці з собою, але головна проблема була у тому, що їх складно сприймали інші члени суспільства.

Повномасштабна російська агресія в Україні значно збільшила кількість людей, які мають отриману інвалідність і потребують не тільки фізичної реабілітації, але й нового усвідомлення свого тіла. Тобто, у суспільстві має укорінитись новий погляд на тілесну нормальність.

У таких умовах удосконалення травмованого тіла є об'єктивною потребою, так як, незважаючи на певну фізичну непрацездатність, ці люди є дуже цінними та необхідними суб'єктами розвитку країни у майбутньому. Отже, осмислення постлюдини як покращеної людини та її впливу на потенціал України є актуальною темою для даних наукових пошуків.

Для створення цілісної картини предмету дослідження необхідно звернути увагу на три першоджерела. По-перше, Є. Левченко та його визначення душевного та духовного стану оновленої людини в умовах стрімкого соціального прогресу [2]. По-друге, Ю. Харарі та його погляд на людину-бога, яка тяжіє до технічної модернізації себе та навколишнього світу [3]. По-третє, В. Єрмоленко і його повернення до кращого колективного існування [1]. Метою нашої наукової роботи є виокремлення етапів становлення постлюдини, яка змогла б подолати травму війни та знайти своє місце в українському суспільстві.

Вперше, публічне переосмислення якостей українців відбулось під час висвітлення ролі українських воїнів у захисті донецького аеропорту в 2014 році, коли політики назвали їх кіборгами. Так, цей образ став не тільки відображення герою фантастичного закордонного бойовика, а й зразком стійкості в реальних умовах у конкретній країні на війні.

Хто ж така постлюдина? Є. Левченко просуває думку, що: «Постлюдина – це нова людина, це новий вид людини, а, отже, новий спосіб людини говорити про своє тіло та душу» [2, с. 158]. Спираючись на це твердження зауважимо, що на першому етапі становлення постлюдини в Україні сформувався новий спосіб говорити про її духовні та душевні якості, необхідні для продовження існування країни.

На другому етапі маємо умови для нового способу говорити про людське тіло, де пережив травму війни, людина шукає і знаходить нове місце в українському суспільстві. В рамках науково-технічного прогресу зазвичай говорять про кращий вид людини. Ю. Харарі розглядав його як наближення до досконалості та визначав, що: «Апгрейд людей в богів може йти одним з трьох шляхів: біоінженерія, кіборг-інженерія та інженерія неорганічних істот» [3, с. 55]. Проте, для теперішньої та майбутньої України модернізована людина – це радше повернення до нормального існування, а також переосмислення цієї нормальності. Отже, постлюдина в нашій країні є необхідністю, яка здатна продовжити повноцінне існування в українському суспільстві після подоланої травми війни.

Звернемо увагу на інші джерела відновлення людського потенціалу країни. Ще у відносно мирні часи представники бідних та проблемних країн Африки та Азії дивились на Україну виключно як на транзитну країну на шляху до більш розвинутої Європи. Тобто, сподіватись на те, що вони заповнять прогалини у людському капіталі країни на сьогодні недоречно. Відповідно, всі три напрямки покращення людини за Ю. Харарі затребувані в Україні в майбутньому і зараз.

На третьому етапі маємо усвідомлення нового колективного тіла країни, загартованого війною. В. Єрмоленко бачить у великому соціальному тілі: «...ідею соціальної топографії: кожен індивід має своє місце, і з цього місця визначаються типи та характер зв'язків цієї людини з іншими людьми» [1, с. 64]. Проте, це місце у воюючій країні визначається не соціальними статусом, а здібностями, що залишились або з'явилися у людини після травматизації, і які можуть служити на користь країні. Тобто, фактично у підсвідомості постлюдини починає діяти архітиповий образ кіногероя, який рятує світ, що відображається у новій сфері праці на користь суспільства.

Підбиваючи підсумки цих наукових пошуків зазначимо, що існує три етапи становлення постлюдини в процесі модернізації людського потенціалу в Україні, які пов'язані зі змінами у

самоусвідомленні людини на індивідуальному та колективному рівнях під час та після війни. На кожному з цих етапів відбувається поступова відмові від соціального статусу «людина з особливими потребами» та перехід до домінуючої соціальної ролі «людина із суспільно корисними здібностями». При цьому, справа не стільки у технічній модернізації людини, а у прийнятті себе на всіх рівнях суспільного життя.

Список використаних джерел

1. Єрмоленко В. Велике тіло суспільства: XIX століття повертається? Філософська думка. 2020. № 5. С. 60-72. <https://doi.org/10.15407/fd2020.05.060>
  2. Левченко Є. Постлюдина та постлюдство: особливості прояву. Гуманітарний вісник ЗДА. 2015. № 60. С. 152–161.
- Harari Yu. N. Homo Deus: A Brief History of Tomorrow. New York: Harper, 2017. 464 p.

### **ГІЙОМ ЛЕ БЛАН: ПРОБЛЕМА НОРМИ «НОРМАЛЬНОЇ ЛЮДИНИ»**

*Поцулко Олена Анатоліївна,  
кандидат історичних наук, доцент,  
доцент кафедри мовних та гуманітарних дисциплін № 1,  
Розумний Ростислав Костянтинович,  
студент I курсу медичного факультету № 1,  
Донецький національний медичний університет, м. Лиман*

Один із провідних фахівців з філософії медицини, професор філософії університету Бордо Гійом ле Блан, повертається до проблеми норми «нормальної людини», апелюючи до концепцій М. Фуко та Дж. Батлера, що відобразили фундаментальний характер соціально-політичних інституцій та владних відносин, що їх породжують, у формуванні сприйняття, мислення та поведінки у її повсякденному існуванні. Як і для його попередників, для ле Блана значуща теза про відчуженість людини від соціальних норм, що може викликати незадоволеність життям та сприятливе тло для виникнення та розвитку захворювань: особистість є ефектом залежності від громадських нормативів, суб'єктом власного безвільного рабства, у той час як нашій природі властиве дотримання як регулятивам, так і вродженим афектам та проявам імпульсивної природи, які за визначенням не можуть регулюватися нормами та конвенціями соціальної згоди.

Афекти та імпульси відіграють ключову роль у оновленні душевного життя індивіда настільки, що конвенційні норми не можуть перешкодити процесу індивідуально-приватного конструювання суб'єкта: у його душевному житті поєднуються конститутивні впливи соціальних норм та вплив творчих імпульсів, що дозволяють суб'єкту вийти за межі нормалізованої адаптації до умов довкілля.

Два смислових аспекти норми як зразка і опосередкованості реалізуються у західному суспільстві в образі «одруженої, працюючої, інтегрованої у громадські інститути людини» [1, с. 16], яка здатна відмовитися від критичного осмислення існуючих соціальних міжособистісних норм, приймаючи їх як очевидні встановлені істини буття, віддаючи перевагу «стану – становленню, ідентичності – відмінності». У такій перспективі нейтралізації судження про нормативний зміст людського гуртожитку західна людина, що створює себе за своїм образом і подобою, відкинувши необхідність переосмислення чинних норм, замикається на відтворенні усталених форм самоконструювання та соціальних зв'язках, заснованих на тих чи інших регулятивах. Західна людина таким чином уникає травматичного конфлікту норм, представляючи своє буття ціннісно однорідним, перетворюючи чинні норми на незмінні «приписи для людського існування» [2, с. 2].

Відстоюючи для людини можливість відхилень у самій реалізації нормативних цілей та ідеалів, Гійом ле Блан не може ототожнити людину з виробником суспільних благ, із суб'єктом праці, який весь нормований зсередини для спонукання суб'єкта до того чи іншого виду діяльності та типу поведінки, єдиним мірилом яких є горезвісна ефективність для максимально продуктивного створення тих чи інших товарів та послуг. Нормативні уявлення не так повинні бути інтеріоризовані суб'єктом у їх сліпому ототожненні з його власними мотиваціями та намірами, вони повинні бути «перетворені» волею і розумом суб'єкта для того, щоб він знайшов сенс власного існування відповідно до «самого ритму життя». А сенс життя і полягає у збиранні фрагментів, які проживають, деяких проміжків самозатемнень суб'єкта в його повсякденному бутті. Людина здатна відкрити своє передбачуване повсякденне існування безперервному творчому потоку непрогнозованих подій, безперервному становленню, заразивши реальність, що проживає, уявленням про приховані можливості свого «я».

Хвороби «нормальної людини» походять з ототожнення правил оцінювання індивідуального та колективного життя з соціальними нормами, зміст яких все ще доведеться переформулювати в особистісному досвіді індивіда; зі страждання, що виникає від нав'язуваних свідомості регулятивів трудової діяльності, імперативів ефективності та користі. Перший крок у лікуванні полягає у визнанні множинності норм, множинності мікроконтекстів повсякденності, в яких вимоги адаптивності можуть бути переосмислені мислячим суб'єктом, що творить [1, с. 211].

«Нормальна людина» є спрощенням «людини звичайної» в тій мірі, в якій ми можемо ототожнити світ з кращим із можливих світів, зі станом, де можливість конфліктів та страждань, з ними пов'язаних, зникла. «Нормальна людина» – це абстрактна сутність, якесь ідеальне уявлення про життя, керовану єдиною нормою, наприклад, нормою праці, у виконанні якої людина передбачає захист від ворожості, від жахів та негативного досвіду життя. «Нормальна істота» віддає перевагу становищу інтеграції в бутті, що призводить до буття в модусі пристосування до життя. «Нормальна людина» заморожує процес винаходу норм в ім'я підпорядкування одній нормі, не бажає нічого знати про майбутнє норм, знаходячи їх занадто міноритарними, не затвердженими більшістю – цього вічного виміру «людини-еталона» – характеру. «Нормальна людина» – це людина без становлення, вона утримується від того, щоб наважитися стати кимось іншим (так, наприклад, у художньому значенні «стати чорним», за Жені, або «стати індіанцем», за Ле Клезію. Відновлюючи теорію становлення Делези, ле Блан вважає, що «нормальною людиною» рухає страх стати посміховиськом у втіленні нескінченних цілей непомітного і не кваліфікованого в еталонних значеннях становлення, цілей, що сприймаються як знаки безмірно гротескних та нікчемних патологій в очах суспільства, цього трибуналу всюдисущого представництва «людини-еталона» [1, с. 190].

Щойно відчутні бажання, сприйняття, що нескінченно розгортаються, варіації, приховані життєві можливості в потоці людського буття вислизують від нормованої ідентичності «нормальної людини», яка у своєму бездумному реактивному пристосуванні до норми горезвісної більшості насильно відбирає та ізолює в життєвому становленні стимули та реакції для кращої адаптації до вимог еталона.

Норми стандартизують певні типи поведінки, стаючи однорідною умовою підпорядкування поведінкових проявів індивіда. Вони досягають дисциплінарного обмежувального статусу на виробництві та в школі, поширюючись на весь ансамбль соціальних взаємин, викликаючи необхідний ритм реагування у всіх взаємодіючих суб'єктів з метою нав'язати їм імператив зростання виробництва матеріальних і нематеріальних благ і пов'язане з цим імперативом самообмеження їх тілесних та душевно-ментальних проявів.

Соціальний тиск, що змушує суб'єкта стати самим собою, замкнутися в своїй ідентичності, – не стільки виворіт сучасного знецінення релігійних і політичних цінностей, як відповідь на дисциплінарний тиск. Автономія суб'єкта є найбільш адекватною відповіддю торжеству зразка в епоху нормування людської істоти. Підпорядкування дисциплінарної влади передбачає відтепер особисте прийняття цього підпорядкування: я можу бути об'єктом дії дисциплінарної норми тільки якщо я заздалегідь погоджуюсь на підпорядкування нормі. Однак разом із тим згода суб'єкта передбачає суб'єктивні процедури, що виходять за рамки сліпої приналежності до дисциплінарних норм. Суб'єкт покликаний знайти ілюзію власної автономії, свавільного авторства свого життя, що є наслідуванням ідеї автономного самоврядування суспільства загалом через автоматизм консенсусу, коли згода стає умовою істинності будь-якої норми, з простої події цієї згоди.

Ця інтелектуальна та екзистенційна схильність до автономії, що формується контекстами соціально-ціннісного насильства, є нічим іншим, як ефектом соціально-консенсуального примусу, вираженим в ідеї самореалізації у суспільній праці, з якою ототожнюється сама ідея існування суб'єкта, авторська творчість самого життя суб'єкта. Подібний тиск здатний сам по собі викликати у індивіда депресію та специфічні патології психіки.

Надмірна причетність до норми викликає у нас захворювання, оскільки тільки ця причетність може свідчити, як здається, про мою ідентичність, яку я як об'єкт нормативних розпоряджень відчужую у досвіді засвоєння норм. Моя ідентичність стає трансцендентальним принципом, який я знаходжу ніби ззовні моєї особистості і який мені диктує, які стимули та реакції відповідно до певних норм мені потрібно відібрати, щоб стати «нормальною людиною», яка розуміється як абсолютно бездоганна громадська тварина, що діє відповідно до згоди.

Наслідуючи Кангілему, ле Блан схиляється до патологічного твердження про «нормальну людину»: всередині реактивної свідомості «нормальної людини» народжується раптово тривога з приводу тендітної примарності норм, яким вона підпорядкована і згодна підкорятися. Неминуче слідує інстинкту самозбереження, «нормальна людина» прагне витіснити цю тривогу, що є виворітною реакцією на її нормоване буття. «Нормальна людина» впадає в «біологічну



достовірність себе», визначаючи саме дотримання норми як гарантію свого душевно-тілесного здоров'я. «Нормальна людина» постійно відкидає тривогу з приводу патології, тоді як вона живе у світі, який лише певною мірою визначається нормою.

Отже, «нормальна людина» хвора на свою реакцію на норму, дія якої їй вже не здається обов'язковою та повсюдною, і сама ця невизнана хвороба, що витісняється, може, на думку ле Блана, відновити обіцянку і шанс винаходу норм у тому сенсі, що «нормальна людина», яка замкнена у нормованому зверненні стимулів і реакцій, у досвіді своєї вразливості, може усвідомити власну патологію, від якої марно прагнула звільнитися.

Список використаних джерел

1. G.le Blanc. Les maladies de l'homme normal. – Paris, Vrin, 2007. – 224 p.
2. Nadine Poussin.G.le Blanc. Les maladies de l'homme normal. Bègles: Passant // L'orientation scolaire et professionnelle. – 2009. – № 35/3. P. 1 – 3.

## ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОГНОЗУВАННЯ ЙМОВІРНОГО РЕЗУЛЬТАТУ ІШЕМІЧНОГО МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ

*Серіков Костянтин Вікторович*

*к.мед.н., доцент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії,  
Запорізький державний медичний університет*

Найбільш тяжкою формою судинних захворювань головного мозку є мозковий інсульт (МІ). Середня частота летального результату протягом перших 30 діб після МІ коливається в межах від 17 до 34% [1, с. 55]. В Україні щороку близько 100 тис. осіб хворіють на МІ, протягом року після перенесеного МІ 20-40% хворих стають залежними від сторонньої допомоги і лише 10% повертаються до повноцінного життя [2, с. 73].

### **Анотація**

**Мета роботи.** Покращення результатів лікування хворих із ішемічним мозковим інсультом (ІМІ) в найгострішому періоді захворювання, шляхом персоналізації інтенсивної терапії (ІТ) відповідно виразності порушень показників енергоструктурного статусу (ЕССТ).

**Матеріали та методи.** В клінічне дослідження увійшли 328 хворих із ІМІ (середній вік  $71,26 \pm 0,44$  років), які перебували в палатах ІТ неврологічного відділення в найгострішому періоді захворювання. Чоловіків було 147 (середній вік  $69,80 \pm 0,66$  років), жінок 181 (середній вік  $72,45 \pm 0,58$  років).

**Результати.** Дослідження виявило основні параметри показників ЕССТ, які характеризують стабілізацію загального стану хворих в найгострішому періоді ІМІ, таких як Серцевий індекс в межах  $2,99-3,79 \text{ л} \times \text{хв}^{-1} \times \text{м}^{-2}$ , Споживання кисню на рівні  $130-160 \text{ мл} \times \text{хв}^{-1} \times \text{м}^{-2}$  та Основний обмін в діапазоні  $916-1134 \text{ ккал} \times \text{доба}^{-1} \times \text{м}^{-2}$ .

**Висновок.** Виходячи із деонтологічних аспектів, лікар анестезіолог який працює із інсультними пацієнтами, повинен працювати із шкалами тяжкості стану хворих але не має моральних прав використовувати в своїй діяльності прогностичні моделі, які передбачають летальний результат, тому що це нівелює рівень професійної компетентності та передумови для повноцінного лікування хворих із ІМІ.

**Ключові слова:** деонтологічні аспекти, професійна компетентність, ішемічний мозковий інсульт, персоналізована інтенсивна терапія, енергоструктурний статус.

### **Abstract.**

**Purpose of the study.** Improving the results of treatment of patients with ischemic cerebral stroke (ICS) in the most acute period of the disease, by personalizing intensive therapy (IT) in accordance with the severity of violations of indicators of energy-structural status (ESST).

**Materials and methods.** The clinical study included 328 patients with ICS (mean age  $71,26 \pm 0,44$  years), who were in the IT unit of the neurology department in the most acute period of the disease. There were 147 men (mean age  $69,80 \pm 0,66$  years), women 181 (mean age  $72,45 \pm 0,58$  years).

**Results.** The study revealed the main parameters of ECST indicators, which characterize the stabilization of the general condition of patients in the most acute period of ICS, such as the Cardiac index in the range of  $2,99-3,79 \text{ L} \times \text{min}^{-1} \times \text{m}^{-2}$ , Oxygen consumption at levels of  $130-160 \text{ ml} \times \text{min}^{-1} \times \text{m}^{-2}$  and Basic metabolism in the range of  $916-1134 \text{ kcal} \times \text{day}^{-1} \times \text{m}^{-2}$ .

**Conclusion.** Based on deontological aspects, an anesthesiologist who works with stroke patients must work with scales of the severity of the patients' condition, but has no moral rights to use prognostic models that predict a fatal outcome in his work, because this lowers the level of professional competence and prerequisites for the full treatment of patients with ICS

**Keywords:** deontological aspects, professional competence, ischemic cerebral stroke, personalized intensive therapy, energy-structural status.

Для ефективного лікування ішемічного мозкового інсульту (ІМІ) необхідно швидко та точно встановлення діагнозу, оцінка тяжкості стану хворого та прогнозування ймовірного результату захворювання [3, с. 102]. Результат лікування ІМІ залежить від його етіології, локалізації, розмірів вогнища ураження головного мозку, стану церебральної гемодинаміки, віку хворого, термінів початку інтенсивної терапії (ІТ), наявності супутніх захворювань та багатьох інших факторів [4, с. 109].

Найбільш простим та доступним засобом для оцінки стану хворого та прогнозування результату ймовірного результату ІМІ є прогностичні моделі та шкали, при розробці яких вирішуються такі завдання: вибір найбільш значимих параметрів оцінки стану пацієнта та об'єднання цих параметрів в єдину модель, яка має достатню прогностичну здатність [5, с. 209].

За останнє десятиліття було розроблено декілька діагностичних шкал та прогностичних моделей, що передбачають результат ІМІ. Багато дослідників пропонують орієнтуватися на ті чи інші нові біомаркери для діагностики ІМІ та прогнозування його результату.

Прогностичними моделями, якими найбільш часто користуються в практиці для прогнозування ймовірного результату ІМІ є: шкала ком Глазго (Glasgow Coma Scale – GCS), шкала тяжкості інсульту Національного інституту здоров'я Сполучених Штатів Америки (National Institutes of Health Stroke Scale – NIHSS) та шкала прогнозування ранньої смертності від гострого ішемічного інсульту (Predicting Early Mortality of Acute Ischemic Stroke – PREMISE Score).

Кореляція між показниками шкали ком Глазго та летальністю у критичних хворих які перебувають в коматозному стані високо достовірна. При значеннях від 3 до 8 балів – летальність складає 60%, при результатах від 9 до 12 балів – спостерігається летальність до 2%, а в діапазоні від 13 до 15 балів летальність становить близько 0% [6, с. 146].

В Україні, згідно Наказу МОЗ України № 602 від 03.08.2012 р., діє уніфікований клінічний протокол медичної допомоги “Ішемічний інсульт (екстрена, первинна, вторинна [спеціалізована] медична допомога, медична реабілітація)”, згідно із яким інтерпретація тяжкості ІМІ за шкалою NIHSS при сумарній оцінці результатів в 1-5 балів відповідає легкому ІМІ; при 6-13 балів – ІМІ середньої тяжкості; при 14-20 балів тяжкому ІМІ; понад 21 балів – дуже тяжкому ІМІ [7, с. 23-53].

Також результати оцінки за шкалою NIHSS дозволяють орієнтовно прогнозувати результат захворювання. Так, при оцінці менш ніж 10 балів вірогідність сприятливого результату через рік складає 60-70 %, а при оцінці більш ніж 20 балів – 4-16 % [8, с. 60].

Шкала PREMISE дозволяє розширити можливості оцінки ризику ранньої смерті від ІМІ на основі показників стану пацієнтів спеціалізованих відділень у перші кілька днів після перенесеного ІМІ. Метою застосування нової методики є розподілення хворих на блоки, які відрізнялися інтенсивністю моніторингу стану пацієнтів відповідно до ризику летального результату. Такий поділ на блоки стає все більш поширеним у клінічній практиці, проте кількість ліжок-місць у них поки що обмежена.

Шкала PREMISE складається із ключових перемінних, пов'язаних із ранньою смертністю після ІМІ: вік, тяжкість ІМІ за NIHSS, вираженість функціональних порушень до ІМІ за модифікованою шкалою Ренкіна (> 0 балів), попередні захворювання серцево-судинної системи, цукровий діабет, ІМІ у вертебро-базиллярному басейні, нелакунарний ІМІ.

За даними [9, с. 349] пацієнти із оцінкою більш ніж 10 балів за шкалою PREMISE мають 35% ризик смерті протягом перших діб перебування в інсультному відділенні. В іншому дослідженні [10, с. 1806] смертність від ІМІ збільшується при підвищенні показників за шкалою PREMISE від 0,1% у пацієнтів з оцінкою від 0 до 4 балів, до 28,2% у пацієнтів із оцінкою більш ніж 10 балів. Ризик смерті від ІМІ вище майже у 6 разів у пацієнтів із оцінкою PREMISE > 10 балів порівняно з пацієнтами від 0 до 4 балами

**Метою роботи** стало покращення результатів лікування хворих із ІМІ в найгострішому періоді захворювання, шляхом персоніфікації ІТ відповідно виразності порушень показників енергоструктурного статусу (ЕССТ).

В клінічне дослідження увійшли 328 хворих із ІМІ (середній вік 71,26±0,44 років), які перебували в палатах інтенсивної терапії неврологічного відділення в найгострішому та гострому періодах захворювання. Чоловіків було 147 (середній вік 69,80±0,66 років), жінок 181 (середній вік 72,45±0,58 років).

Під час дослідження використовували наступну клініко-патогенетичну періодизацію ІМІ [11, с.16]: із 1-шої по 3-тю добу – найгостріший період; до 21-шої доби – гострий період;

до 6 місяців – ранній відновний період; до 2-х років – пізній відновний період; після 2-х років – період залишкових явищ.

Діагноз встановлювався відповідно до існуючих критеріїв клініко-неврологічного обстеження та методів нейровізуалізації.

Показники центральної гемодинаміки вимірювали використовуючи реографічний комп'ютерний комплекс "RHEOTEST" ("DX-системи", Україна), за допомогою якого визначали ударний об'єм крові (мл), хвилинний об'єм крові ( $л \times хв^{-1}$ ), серцевий індекс ( $л \times хв^{-1} \times м^{-2}$ ).

Параметри газового складу крові визначали за допомогою автоматичного аналізатору газів крові та електролітів "OPTI CCA" (OPTI Medical Systems, Inc., USA) або загальноприйнятими розрахунками.

Основний обмін визначали за загальноприйнятими формулами [12, с.60].

Відповідно до вихідного рівня енергоструктурного статусу (ЕССТ) всі пацієнти із ІМІ були розподілені на 7 груп: еубіотичний стан, гіпоергічна дисфункція, гіпоергічне пошкодження, гіпоергічна недостатність, гіперергічна дисфункція, гіперергічне пошкодження, гіперергічна недостатність.

Пацієнтам із ІМІ застосовували традиційну стандартну ІТ [7, с. 23-53; 13, с.46-47], яку доповнювали технологіями персоналізованої ІТ, відповідно до інтенсивності відновлення ЕССТ: гомеостаз-забезпечення при еубіотичному стані, енерго-протекція при гіпоергічній дисфункції, енерго-ресуситація при гіпоергічному пошкодженні, енерго-корекція при гіпоергічній недостатності, статус-протекція при гіперергічній дисфункції, статус-ресуситація при гіперергічному пошкодженні, статус-корекція при гіперергічній недостатності.

Категорії енергоструктурного статусу та технології персоналізованої інтенсивної терапії наведені в таблиці 1.

Таблиця 1. Категорії енергоструктурного статусу та технології персоналізованої інтенсивної терапії

Категорії енергоструктурного статусу	$CI^1$ , $л \times хв^{-1} \times м^{-2}$	$VO_2^2$ , $мл \times хв^{-1} \times м^{-2}$	$OO^3$ , $ккал \times доба^{-1} \times м^{-2}$	Технології персоналізованої ІТ
Недостатність гіперергічна	$\geq 5,10$	$\geq 211$	$\geq 1489$	Статус-корекція
Пошкодження гіперергічне	5,09-4,45-	210-186	1488-1312	Статус-ресуситація
Дисфункція гіперергічна	4,44-3,80	185-161	1311-1135	Статус-протекція
<b>Еубіотичний стан</b>	<b>3,79-2,99</b>	<b>160-130</b>	<b>1134-916</b>	<b>Гомеостаз-забезпечення</b>
Дисфункція гіпоергічна	2,98-2,34	129-105	915-739	Енерго-протекція
Пошкодження гіпоергічне	2,33-1,82	104-85	738-598	Енерго-ресуситація
Недостатність гіпоергічна	$\leq 1,81$	$\leq 84$	$\leq 597$	Енерго-корекція

**Примітки:**  $CI^1$  – серцевий індекс ( $л \times хв^{-1} \times м^{-2}$ ),  $VO_2^2$  – споживання кисню ( $мл \times хв^{-1} \times м^{-2}$ ),  $OO^3$  – основний обмін ( $ккал \times доба^{-1} \times м^{-2}$ ).

Загальноклінічне обстеження і стандартна ІТ надавалися згідно наказу Міністерства охорони здоров'я України № 602 від 03.08.2012 "Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги ішемічний інсульт (екстрена, первинна, вторинна медична допомога, медична реабілітація)" [7, с. 23-53; 13, с.46-47] із урахуванням рекомендацій Американської асоціації серця / Американської асоціації інсульту 2018р. [14, с. 46-110].

Основними компонентами традиційної стандартної ІТ вважали підтримання екстрацеребрального і інтрацеребрального гомеостазу:

Підтримання екстрацеребрального гомеостазу: контроль вітальних функцій; забезпечення адекватного газообміну; корекція показників центральної гемодинаміки; корекція гіпертермії; антибактеріальна терапія; підтримка нормоглікемії; інфузійна терапія; зондове ентеральне харчування (за показаннями).

Підтримання інтрацеребрального гомеостазу: антиагрегантна терапія; антикоагулянтна терапія; профілактика або терапія набряку головного мозку; гіпотермія; нейропротекція.

Дослідження виявило основні параметри показників ЕССТ, які характеризують стабілізацію загального стану хворих в найгострішому періоді ІМІ, таких як СІ в межах 2,99-3,79 л×хв<sup>-1</sup>×м<sup>-2</sup>, VO<sub>2</sub> на рівні 130-160 мл×хв<sup>-1</sup>×м<sup>-2</sup> та ОО в діапазоні 916-1134 ккал×доба<sup>-1</sup>×м<sup>-2</sup>.

Досягнення енергоструктурних потреб організму у хворих із ІМІ під час застосування методів персоналізованої ІТ запобігає подальшому розвитку порушень життєдіяльності.

#### **Висновки**

1. Дослідження виявило основні параметри показників ЕССТ, які характеризують стабілізацію загального стану хворих в найгострішому періоді ІМІ, таких як СІ в межах 2,99-3,79 л×хв<sup>-1</sup>×м<sup>-2</sup>, VO<sub>2</sub> на рівні 130-160 мл×хв<sup>-1</sup>×м<sup>-2</sup> та ОО в діапазоні 916-1134 ккал×доба<sup>-1</sup>×м<sup>-2</sup>.

2. Параметри показників ЕССТ доцільно використовувати із метою застосування технологій персоналізованої ІТ, відповідно до інтенсивності відновлення ЕССТ: гомеостаз-забезпечення при еубіотичному стані, енерго-протекція при гіпоергічній дисфункції, енерго-ресусцитація при гіпоергічному пошкодженні, енерго-корекція при гіпоергічній недостатності, статус-протекція при гіперергічній дисфункції, статус-ресусцитація при гіперергічному пошкодженні, статус-корекція при гіперергічній недостатності.

3. Виходячи із деонтологічних аспектів, лікар анестезіолог який працює із інсультними пацієнтами, повинен працювати із шкалами тяжкості стану хворих але не має моральних прав використовувати в своїй діяльності прогностичні моделі, які передбачають летальний результат, тому що це нівелює рівень професійної компетентності та передумови для повноцінного лікування хворих із ІМІ.

#### **Список використаних джерел**

1. Кадырова И.А., Миндубаева Ф.А., Гржибовский А.М. Систематический обзор методов прогнозирования исхода мозгового инсульта / И.А. Кадырова, Ф.А. Миндубаева, А.М. Гржибовский // Экология человека. – 2015. – № 10. – С. 55-64.

2. Сайко О.В. Аналіз смертності від мозкових інсультів в ангіоневрологічному відділенні Військово-медичного клінічного центру Західного регіону з 2013 по 2017 рік / О.В.Сайко // Медицина невідкладних станів. – 2018. – № 8 (95). – С. 73-76.

3. Мельниченко М.Г., Елій Л.Б. Возможности оценки stanu пациента / М.Г. Мельниченко, Л.Б. Елій // Хирургия дитячого віку. – 2017. – № 2 (55). – С. 102-108.

4. Дарий В.И., Мищенко Т.С., Сериков К.В. Интегративный мониторинг интрацеребрально осложненного ишемического инсульта / В.И. Дарий, Т.С. Мищенко, К.В. Сериков // Georgian Medical News. – 2019. – № 4 (289). – С. 108-113.

5. Seliverstov P.A., Shapkin Y.G. Assessment of severity and prognosis of polytrauma outcome: the current state of the problem (review) / P.A. Seliverstov, Y.G. Shapkin // Sovremennye tehnologii v medicine. – 2017. – Vol. 9 (2). – P. 207-218.

6. Думанский Ю.В., Кабанова Н.В., Верхулецкий И.Е., Синепупов Н.А., Осипов А.Г., Синепупов Д.Н. Коматозные состояния / Ю.В. Думанский, Н.В. Кабанова, И.Е. Верхулецкий // Медицина невідкладних станів. – 2012. – № 4 (43). – С. 146-150.

7. Наказ МОЗ України від 03.08.2012 № 602 “Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги ішемічний інсульт (екстрена, первинна, вторинна медична допомога, медична реабілітація)”// Практична ангіологія. – 2013. – № 1. – С. 23-53.

8. Зозуля І.С., Мардзвік В.М., Мардзвік М.В. Судинні неврологічні ускладнення у пацієнтів з COVID-19 / І.С. Зозуля, В.М. Мардзвік, М.В. Мардзвік // Український медичний часопис. – 2021. – № 2 (142) – III/IV. – С. 59-63.

9. Gattringer T., Posekany A., Niederkorn K., Knoflach M., Poltrum B., Mutzenbach S., Haring H.P., Ferrari J., Lang W., Willeit J., Kiechl S., Enzinger C., Fazekas F., Austrian Stroke Unit Registry Collaborators. Predicting Early Mortality of Acute Ischemic Stroke / T. Gattringer, A. Posekany, K. Niederkorn // Stroke. – 2019. – № 50 (2). P. 349-356.

10. Ntaios G., Georgiopoulos G., Koroboki E., Vemmos K. External Validation of the PREMISE Score in the Athens Stroke Registry / G. Ntaios, G. Georgiopoulos, E. Koroboki // J Stroke Cerebrovasc Dis. – 2019. – № 28 (7). – P. 1806-1809.

11. Зозуля І.С., Боброва В.І. Інтенсивна терапія гострого мозкового інсульту в умовах спеціалізованого відділення / І.С. Зозуля, В.І. Боброва // Гострі та невідкладні стани у практиці лікаря. – 2006. – № 2 (2). – С. 14-20.

12. Смирнова Л.М. Нутритивная поддержка и выбор ее тактики у пациентов с осложненной и отягощенной операционной травмой / Л.М. Смирнова // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. – 2014. – № 4. – С. 58-66.

13. Гарга А.Й., Дубров С.О., Гавриленко О.О. Лікування гострого порушення мозкового кровообігу у відділенні інтенсивної терапії (Огляд клінічних рекомендацій та настанов) / А.Й. Гарга, С.О. Дубров, О.О. Гавриленко // Біль, знеболення та інтенсивна терапія. – 2019. – № 1 (86). – С. 37-52.

14. Powers W.J., Rabinstein A.A., Ackerson T., Adeoye O.M., Bambakidis N.C., Becker K. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association / W.J. Powers, A.A. Rabinstein, T. Ackerson // Stroke. – 2018. – № 49 (3). – P. 46-110.

## ТЕХНОЛОГІЇ ЯК НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА ТІЛЕСНОСТІ ЛЮДИНИ

*Ткачов Владислав Сергійович,  
аспірант кафедри факультетської хірургії,  
науковий керівник: Утюж Ірина Геннадіївна,  
професор, д. філос.н., завідувач кафедри суспільних дисциплін,  
Запорізький державний медичний університет*

Удосконалення, посилення або аугментація – це імпульс, глибоко вкорінений у людській психіці та такий же давній, як і людська еволюція. Людина завжди шукала шляхи й засоби, щоб вилікувати свої недоліки і підвищити свої фізичні якості та розумові здібності. Ідея вдосконалення людини з раціонально-прагматичної точки зору є ядром базової концепції, сукупність ідей якої зазвичай називають трансгуманізмом. Прихильники цієї школи мислення відрізняються тим, що дотримуються нормативного імперативу прагнення подальшої аугментації людини до точки, коли людство бере контроль над своєю еволюцією і в певному сенсі переходить на її наступний етап: постлюдське існування.

Збільшення і розширення можливостей людського тіла і розуму за допомогою біотехнологій, протезів або кіберімплантів сприяє виходу людей за біологічні рамки, встановлені еволюцією. Це удосконалення, як і будь-яке інше, також має свою ціну. За Декартом, наші тіла не є лише інструментом отримання інформації для абстрактного спостерігача, а призмою пізнання світу, нерозривно пов'язаною зі свідомістю: "...я не просто присутній у своєму тілі, як моряк присутній на кораблі, але я дуже тісно з'єднаний і, так би мовити, змішаний з ним, так що я і моє тіло утворюють єдине ціле. Якби це було не так, я, який є не що інше, як мисляча істота, не відчував би болю, коли тіло постраждало, а сприймав би пошкодження виключно інтелектом, подібно до того, як моряк бачить, що його корабель розбитий."(René Descartes, Meditations on First Philosophy, §VI, AT 81). Володіння тілом є ключовим компонентом людського втілення, що розуміється як субособистісне, передрефлексивне відчуття себе, яке відчуває індивід по відношенню до фізичного чи матеріально-реального виміру власного тіла. Аугментація людського тіла може становити та/або породжувати трансформаційний досвід, тобто самою по собі бути переживанням, яке істотно змінює розуміння того, ким ми є і як ми розуміємо світ. З одного боку, цей досвід може бути епістемічно трансформуючим, оскільки ми можемо навчитися чогось лише через цей досвід, без якого це бачення було б нам недосяжне, і, таким чином, змінити здатність оцінювати події та перспективу нашого сприйняття світу. З іншого боку, цей досвід може бути особистісно трансформуючим, тобто змінити точку зору і, як наслідок, особисті уподобання людини, і, можливо, навіть змінити людину, якою вона є або якою вона себе принаймні вважає.

Змінюючи своє тіло, замінюючи його функціональні частини протезами і імплантатами із більшим спектром можливостей і асоціюючи себе більше з розумом, а не тілом, людина жертвує притаманними їй фемінністю або маскулітністю, і, певною мірою, здібністю до емпатії. Чим далі індивід переживає досвід, що виходить за межі людської природи, досвід, що ставить під загрозу здатність трансформованого індивіда розуміти життя в нормальному людському соціумі, тим менше він здатен до взаємодії із іншими членами суспільства, роблячи його менш значущим для них. Це стимулює пошук нових засобів соціалізації і передбачає появу нової культурної ідентичності, яка досліджує нові способи досвіду та вираження людського роду. Ця нова технокультурна ідентичність подолає бар'єри раси, касты, класу та статі, підлаштовуючись під змінене сприйняття людиною себе та світу навколо себе.

За Стіглером, людство скоріше є винаходом технології, а не навпаки, і люди існують, реалізуючи себе технологічно. Ми не були б такими «людськими» істотами, якими ми є, якби не використовували технології, якими ми користуємося, і це виходить далеко за межі фізичної взаємодії, яку ми маємо з технологіями. Взаємодії і зв'язки між технічними засобами і людиною набувають фізичного втілення і давно вже перетнули межу, коли техніка була лише посередником

між людиною та світом. Наразі пристрої фактично інтегруються у людське тіло, утворюючи принципово іншу, надлюдську істоту.

Технологічний розвиток досяг такого етапу, коли технології почали явно втручатися в природу людей. Якщо технічне удосконалення тіла змінює або знищує людську природу, недоречно стверджувати, що це неправильно само по собі, бо людська природа включає в себе як погані, так і добрі риси, і немає підстав вважати, що усунення частини поганого за рахунок аугментації настільки поставило б під загрозу добро, що зробило б усунення поганого неприпустимим. Людина і технології зливаються у нову гібридну сутність, яку з точки зору трансгуманізму слід вважати спадкоємцем *Homo sapiens*.

Список використаних джерел

1. Boyle, M. (2018). Sartre on Bodily Transparency. *Manuscript*, 41(4), 33–70. <https://doi.org/10.1590/0100-6045.2018.v41n4.mb>
2. Buchanan, A. (2009). Human nature and enhancement. *Bioethics*, 23(3), 141–150. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2008.00633.x>
3. Descartes, R. (1986). *Meditations on First Philosophy*. Trans. John Cottingham. Cambridge: Cambridge University Press, 53/81.
4. Lekshmi R. Nair (2022). The Techno-Cultural Übermensch: Hybridity and Disembodied Subjectivity in the Posthuman Age. *Agathos: An International Review of the Humanities & Social Sciences*, 13(1), 29-40.
5. Lyreskog, D. M., & McKeown, A. (2022). On the (Non-)Rationality of Human Enhancement and Transhumanism. *Science and engineering ethics*, 28(6), 52. <https://doi.org/10.1007/s11948-022-00410-4>
6. Stiegler, B., Beardsworth, R., & Collins, G. (1998). *Technics and Time*. Stanford University Press.
7. Verbeek, P.-P. (2008). Cyborg intentionality: Rethinking the phenomenology of human–technology relations. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 7(3), 387–395. <https://doi.org/10.1007/s11097-008-9099-x>

## ПРОБЛЕМА ТІЛЕСНОСТІ ТА ЗВ'ЯЗОК З ДУХОВНИМ. НОРМА І ПАТОЛОГІЯ

*Фідровська Марія Георгіївна,  
аспірант кафедри філософії НТУ ХПІ,  
асистент кафедри філософії ХНМУ*

Коли чуєш слово «тілесне» в опозиції завжди постає категорія духовного, тілесне асоціюється із задоволеннями, в той час як духовне – з роботою над власними недоліками, та насправді ці дві категорії є ближчими одна до одної ніж здається. Тіло по суті часто є відображенням нашого духовного життя і якщо в духовному є абстрактна категорія гріх, то в тілі цим регулятором неправильного вибору і поведінки виступає показник здоров'я.

Навіть у Фрейдівському концепті ми можемо побачити протилежне до того, від чого намагався відійти Гіпократ. Батько медицини Гіпократ виступав проти божественних причин хвороби, а саме розуміння хвороби як покарання за гріх. Але у Фрейда ми зустрічаємо розгляд неврозу, як розладу психічного здоров'я, який виникає на базі комплексів, серед яких є і повністю гріховні сексуальні збочення, які розглядаються церквою серйозним духовним гріхом, як наприклад Едипів комплекс – сексуального тяжіння сина до власної матері. Крім того, ще говорячи про Фрейда, можна зауважити ще один фрагмент його вчення. Він зауважує, якщо людина не прагне до інстинкту життя еросу, то починає прагнути до інстинкту смерті – танатосу, тобто коли ми не прагнемо до добра, нас верне у зло і це також абсолютно духовне питання, але таке, яке повністю стоїть на тілесності, а саме на тілесній психології.

Часто вища нервова діяльність і психічне життя людини більш наочно відображає її духовні мотиви, тож часто причина хвороби і те, що вважається гріхом, збігається в реаліях. Є й інші приклади, як наприклад постійне переїдання, яке і в церкві розуміється як пристрасть до їжі і розуміється як гріховне, призводить до конкретних проблем зі здоров'ям. Така сама ситуація і складається навколо куріння, яке медициною розуміється як таке, що шкодить здоров'ю, а церквою – як гріх. Інша річ, що не всі причини хвороб є повністю на сьогодні ще дослідженими, особливо причини хвороб психічних, і можливо в майбутньому категорія гріха отримає повністю реальне значення у медицині, більш того духовна теорія буде колись повністю або частково підтверджена медичною практикою.

#### Список використаних джерел

1. Freud S. Beyond the Principle. URL: [https://www.libraryofsocialscience.com/assets/pdf/freud\\_beyond\\_the\\_pleasure\\_principle.pdf](https://www.libraryofsocialscience.com/assets/pdf/freud_beyond_the_pleasure_principle.pdf) (дата звернення: 30.09.2022)
  2. Freud S. On transience. URL: [https://www.sas.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Freud\\_Transience.pdf](https://www.sas.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Freud_Transience.pdf) (дата звернення: 30.09.2022)
  3. Freud S. The ego and the id. URL: [https://www.sas.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Freud\\_SE\\_Ego\\_Id\\_complete.pdf](https://www.sas.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Freud_SE_Ego_Id_complete.pdf) (дата звернення: 30.09.2022)
- УДК 316.1 (45)

### ОБ'ЄКТИВАЦІЯ ТІЛЕСНОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ

*Янковський Степан Владиславович,  
доктор філософських наук, доцент,  
доцент кафедри культурології  
Маріупольського державного університету*

**Анотація.** Війна належить до комплексних форм соціальної реальності. Нагадаємо кілька елементів, що є визначальними при її потрактуванні з огляду на шляхи конструювання соціальної реальності. Така візія надає можливість добрати ключ, яким відкривається неоднозначність сприймання війни. магія війни, виникаючи на тілесно-корпоральному рівні, вводить заборону поглянути на війну як на невід'ємний елемент соціальної реальності, інструмент вирішення конфліктів. Об'єктивація тілесності в умовах війни – це процес виформовування оптики війни, який він розгортається на тілесно-корпоральному рівні медійного, соціального, культурного полів. Для інтерпретації об'єктивації тілесності в умовах війни в медійному, соціальному, культурному полях пропонуємо ввести аксіоми інтерпретації, які дозволяють розглянути війну в оптиці магії війни. І нинішня московська війна з Україною засвідчує, що спотворені магією війни спільноти здатні чинити геноцид, а інші чинити спротив агресорам, навіть в тих обставинах, коли хтось розраховував тривалість спротиву.

**Ключові слова:** соціальна реальність, оптика війни, магія війни, культ героїв, соціальне служіння

**Abstract.** War belongs to complex forms of social reality. We will recall several elements that are decisive in its interpretation in view of the ways of constructing social reality. Such a vision makes it possible to find a key that opens up the ambiguity of the perception of war. the magic of war, arising at the corporeal level, introduces a prohibition to look at war as an integral element of social reality, a tool for conflict resolution. The objectification of corporeality in the conditions of war is the process of shaping the optics of war, which unfolds at the corporeal level of the media, social, and cultural fields. In order to interpret the objectification of corporeality in the conditions of war in the media, social, and cultural fields, we propose to introduce axioms of interpretation that allow us to consider the war through the optics of the magic of war. And Moscow's current war with Ukraine proves that communities distorted by the magic of war are capable of committing genocide, while others resist the aggressors, even in those circumstances when someone calculated the duration of the resistance.

**Key words:** social reality, optics of war, magic of war, cult of heroes, social service

Вважаємо актуальним і важливим це не тільки з тієї причини, що після 23 лютого 2022 року війна постала буденним явищем життєсвіту українців. І сьогодні вже кожен має свій особистий досвід війни. А й те, що від своїх витоків чергова московська навала не сприймалась як війна. Її сприймали як те, що вже відбулось (анексія українського Криму) і те, що відбувається десь на Сході, зросійщеному, депресивному, антиукраїнському або «ватному». Навіть сьогодні спостерігається медійну активність тих, хто підміняє війну широкими питаннями: чому війна та чи не краще заради спокою та добробуту зрестись тих земель на Сході, бо головне люди. Ці голоси легко проникають в соціальне поле а знаходять своїх явних та тайних реципієнтів та інфлюенсерів. Отже, війну від початку не сприймали як війну, а чому так могло статись? Першою відповідь є така: на першому етапі московську агресію акумулювало медійне поле, тому чули про агресивні дії, але війну не відчували у повсякденному вимірах повсякденності, тілесний вимір війни залишався закамфльованим наголосами медійних експертів. Всі вдались обговорювати гібридність війни. І феномен обрання Петра Порошенка Президентом України у першому турі виявив нагальну, на той час, потребу українського суспільства у, сьогодні скажімо, карантинним заходам. Головна передвиборна обіцянка завершити всі військові дії в календарні терміни, виборчі дискурси проведення антитерористичної операції, поствиборче уведення в обіг у медійному, соціальному, освітньому полях виробленої у правничих дискурсах термінології на кшталт

«тимчасово окуповані території», «лінія зіткнення». Нарешті, нагадаємо про настійливе порівняння ордланду із «раковою пухлиною».

Увесь зазначений тезаурус сприймання московської навали, від гібридності до онкології, засвідчується неприймання, відторгнення війни на тілесно-корпоральному рівні конструювання соціальної реальності. Відтак, окреслимо цей обрій тілесно-корпорального сприймання війни та запропонуємо інтерпретацію. Але спершу зазначимо на наявність альтернативи тілесно-корпорального рівня конструювання соціальної реальності війни. Прикметно, що в медійному, соціальному полях утверджуються, так звані, «голоси миру». Голоси миру є перетвореною формою того ж самого тілесно-корпорального рівня. Їх сутнісною рисою є використання риторики взаємодії, замирення, примирення, порозуміння. І чим масштабніші «голоси миру», тим більше людей втрачає здатність до критичного сприйняття війни. Зазначена альтернатива відіграє іншу функцію, так би мовити, санітарну. За її допомогою здійснюється ідентифікація, ізоляція об'єктів тілесно-корпоральної сфери, які дефрагментовані або перетворені війною. Завданням «голосів миру» є творення своєрідного «депозитарію» соціальної тілесності. Отже, об'єктивація тілесності в умовах війни – це процес виформовування оптики війни, який розгортається на тілесно-корпоральному рівні медійного, соціального, культурного полів. У медійному полі виробляється сенс війни. Дієвість його структура забезпечується уявною опозицією відторгнення війни на тілесно-корпоральному рівні із неприйманням війни у перетворених формах «голосів миру». Так розгортається дух несприйняття війни у соціумі. Його значення у тому, щоб акцептувати стан війни в соціальному полі через сегментацію його об'єктів на об'єкти спотворені війною та об'єкти, що зберегли стан своєї недоторканості в умовах війни. Тож припустимо наявність кореляції масштабування «голосів миру» із обрієм тілесно-корпорального конструювання рівня соціальної реальності або оптики війни у культурному полі.

Вважаємо, що для інтерпретації об'єктивації тілесності в умовах війни в медійному, соціальному, культурному полях пропонуємо ввести такі аксіоми інтерпретації:

Бажання миру і прагнення миру ніколи не були здатні зупиняти війни.

Війна окреслює символічний універсум соціуму на тілесно-корпоральному рівні.

Війна забезпечує інтенсивність соціальних зв'язків.

Війна виформовує уявлення колективної форми соціального тіла, родини, роду, народу, нації.

Війна способом опанування ресурсами ворожого середовища.

Культура війни є дієвим засобом інкорпорації ритуалів, міфологем, ідеологем.

Ці аксіоми мають евристичну цінність. Наприклад, засновуючись на істинності твердження, що бажання миру і прагнення миру ніколи не були здатні зупиняти війни, ми маємо усвідомити, що бажання завершити війну є результатом впливу емоцій на тілесно-корпоральний рівень конструювання соціальної реальності, а саме – емоції страху. Маємо звернути увагу на протилежність фізіологічної, біологічної та соціальної природи страху. У цьому сенсі слід розрізнити та вивчати фізіологію страху, біологію страху, соціологію страху це широкий спектр вимірювання рівнів тривожності, побоювань, боязкості тощо. Вони призводять до зростання виявів дезорієнтації, ускладнення адаптаційних процесів і зростання рівня невизначеності суспільства. Але зазначений ракурс змістової складової соціології страху суперечить біології страху. Страх відіграє важливе значення при виробленні стратегії самозбереження. Втім, теза самозбереження не цілком корелює із значущим для фізіології гальмівного процесу. Можливо, що вирішальним для розуміння соціальної природи страху є медицина. Такі медичні терміни як, приміром, «фобія» відіграли значну роль при інтерпретації в соціальних теоріях сфери «даності» у соціальній реальності, а саме існування іншого – ксенофобія, гомофобія тощо. Війна з Україною виявляє сутнісну відмінність природи соціального та медичного потрактування страху. Соціальна природа страху зумовлюється суто соціальними факторами, а саме протилежністю магічного світовідчуття, яку породжує страх і раціональною структурою соціальних порядків. У разі необхідності осмислення об'єктивації тілесності в умовах війни маємо поглянути на війну із точки зору протилежності магічного та раціонального світовідчуття. З цією метою звернемо увагу на кілька стереотипних для оптики війни прикладів. Вони можуть бути вихідними моментами пропонованої інтерпретації. Ці приклади такі: роман графа Толстого «Війна і мир», висловлювання Катона Старшого *Carthago delenda est*, надана Томасом Гббсом характеристика «первісного» стану суспільства *Homo homini lupus est*. Вважаємо, їх відповідними стереотипній оптиці війни у культурному полі. Їх черговість відповідає масштабуванню культури у соціальному полі. назва роману графа Толстого відповідає всеохоплюючому значенню культури масової (популярної), сама



історія походження висловлювання Марка Порція Катона вказує на самовизначення правлячого класу через розбудову всесвітньої історії – так само, як і аббревіатура, яку використовує Томас Гоббс натякає на скромну та, скажімо, «лякаюча» обмеженість наукових теорій у відношенні із універсальними претензіями правлячого класу й претензіями окремих акторів культурного поля на пояснення сенсу існування людини в світі.

Отже, магія війни, виникаючи на тілесно-корпоральному рівні, вводить заборону поглянути на війну як на невід'ємний елемент соціальної реальності, інструмент вирішення конфліктів. Враховуючи очевидність страху перед війною, можна стверджувати, що війна та людина, війна та культура є непримиренними. Втім, цей напрямок є хибним, бо бажання, породженні страхом, виключають можливість примирення з реальністю.

Про глибинну значущість цієї проблематики нам нагадає, як вже зазначено, всесвітньо відома назва одного з численних творів графа Толстого. Цей роман не має багато читачів, а тому, хто здолає цю брилу авторської претензійності можна було би видавати спеціальну відзнаку (якщо б таке було можливо): «Прочитав «Війну і мир» графа Толстого». Феномен цього роману має різні вираження. Безсумнівні його значущість у розбудові соціальної міфології війни. Так само він складова пропаганди доблесті та слави петербурзької імперії. Тож, текст роману здобув особливий статус у всесвітній літературі. І гадаємо, що не через завзяте нав'язування автором концепції «дубини народної війни», а через оману, в яку талановитий автор уводив читачів.

Звернемо увагу, що поняття «мир», «війна», зазначені у назві твору, поєднані кон'юнктом «і». Оману читача полягає в наступному. При ознайомчому читанні читач не здогадається віднести назву до проблемного поля читання. Примарність назви нібито ясної антитези війни як стану розбрату та миру як позначення спільності стає зрозумілою, якщо збагнемо на зазначену даною назвою можливість примирення впорядкованого законами генеалогічного універсуму – «мир» із підпорядкованими прагненням людського егоїзму виявленням розбрату – «війна». Автор нав'язує читачеві магію війни, того розуміння війни, яке припускає інкорпорацію війни, усвідомлення її невідворотності та обов'язковості для людського життя. Читач, що відважиться на читання, роману графа Толстого має насолоджуватись смакуванням автором вигаданих батальних сцен Аустерліца та Бородіно, самопожертву героїв тощо. Варто зазначити, що у автора не вистачило гуманістичного натхнення, втім у нього вистачило натхнення повернути читача до думки, яку висловив за десятки сторіч до нього Геракліт із Ефесу, стверджуючи, «війна» є батьком всього. Чи усвідомлював цей зв'язок сам автор? Це питання літературознавчого дослідження, але для розуміння сутності питання об'єктивності тілесності воно не має значення. Отже, магія війни інкорпорує війну в тілесність, а обслуговувати цю можливість здатна не тільки релігія, але й література. Відтак, маємо зазначити, якщо українська гуманістика має змінити оптику війни, то вона має відмовитись від послідовного та цілеспрямованого нав'язування творів графа Толстого українськими школярами, а читання його творів має бути предметом літературознавчих дискусій. Нагадаємо ще раз, що графу Толстому не вистачає гуманістичного натхнення. Більш того, він це усвідомлював і, ймовірно, це спонукало його до вироблення ідеології непротилежності. Про це варто пам'ятати, щоби не ототожнювати духовні шукання автора із його творами.

Наступний приклад співвідносить нас із проблемою парадоксального характеру магії війни, оскільки вона суперечлива. У війн не буває доцільності, будь яких війн можна було б запобігти. Втім така оптика є наївною. В аналах світової історії існує обмежена кількість прикладів, коли представники правлячого класу відкрито називали речі своїми іменами. Найвідоміший приклад такої відвертості славетні слова Марка Порція Катона: *Carthago delenda est*. І той факт, що більшість чула і знає скорочену формулу висловлювання Катона Старшого натякає на те, що культура війни випестувана в історії людства, а відношення до війни парадоксальна. Маємо звернутись до найбільш загальної характеристики парадоксальності магії війни за допомогою питань, шлях до яких відкриває переконливе твердження римського сенатора: Чому в соціумі існує зацікавлення війною, яке здатне переростати у захопленість війною, військовими, воєнним? Чому людство нічого не винесло із своєї військової історії? І наша відповідь повертає нас до аксіом оптики тілесно-корпорального сприймання війни. І в цьому сенсі, війна є засобом регуляції відносин. У народів, які дійшли до цивілізованого стану все одно зберігаються архаїчні пласти соціальності. Очевидно, що таким є культ героїв. У своєму зародку він пов'язаний із культурою соціального служіння. Магія війни перетворює війну на репертуар переживань, сакралізуючи окремі елементи людського тіла. Найбільш популярні «серце», «погруддя», «голова», «очі», «руки». І в цьому проявляється соціальне призначення магії війни: заборона бачити війну власними очима.

Насамкінець, звернемося на залишковий вплив магії війни у соціальній теорії. Згадаємо, хрестоматійний приклад при викладі гіпотези суспільного договору в науковому полі гуманітарного і соціального знання. Отже, коли Томас Гоббс обмірковує первинний стан суспільства, то він характеризує цей стан відомим латинським прислів'ям (яке у більшості випадків сприймається як щось знайоме): *Homo homini lupus est*. Вихід із цього стану подвійний: або завоювання суспільства, яке скотилось до первісного стану відносин, більш сильним сусідом, або укладання суспільного договору. У даному випадку ми маємо поставити питання про те, що здатне розвіяти привабливу оптику магії війни? На наш погляд, у щоб запобігти об'єктивації тілесності в умовах під впливом магії війни має бути застосовано антидот.

Таким антидотом є усвідомлення того факту, що індивідуального досвід війни досвід сумнівний. Війна – це колективна справа. І нинішня московська війна з Україною засвідчує, що спотворені магією війни спільноти здатні чинити геноцид, а інші чинити спротив агресорам, навіть в тих обставинах, коли хтось розраховував тривалість спротиву.

## **СЕКЦІЯ 6. ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ**

### **КОГНІТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ – КРОК ДО ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ**

*Рижов Олексій Анатолійович,  
д.фарм.наук, професор,  
зав.кафедрою медичної і фармацевтичної інформатики та ІТ,  
Запорізький державний медичний університет*

**Ключові слова:** дистанційна форма навчання, когнітивні технології навчання, онтологія предметної області, адаптивні технології навчання.

Широке впровадження дистанційної форми навчання в системі медичної освіти є єдиним засобом продовжити освітній процес в складній соціальній ситуації в Україні за період 2020-2023 рр. Але треба зауважити, що медична освіта завжди була орієнтована на аудиторне навчання, а навчання студентів на клінічних кафедрах було орієнтовано на отримання практичних навичок у «койці хворого». Терміновий перехід до дистанційної форми навчання не дозволив професорсько-викладацькому складу перебудувати дидактику навчального процесу відповідно до реалій нових хмарних технологій. В більшості випадків хмаро-орієнтовані сервіси використовуються для доставки навчальної інформації до студента, забуваючи, що при аудиторному навчанні на студента який прийшов на кафедру впливає не тільки взаємодія з викладачем, взагалі навчальне середовище кафедри. Випадіння з педагогічної практики безпосереднього спілкування з викладачем та оточенням кафедри та клініки знижує мотивацію студента та спроможність швидко сприймати новий навчальний матеріал, який вони отримують за дистанційним форматом навчання. Але треба зазначити, що комп'ютерні технології навчання мають великі можливості в формуванні понятійної структури свідомості студента, його практичних навичок та компетенцій.

**Метою роботи** є розглянути когнітивну технологію формування професійної концептосфери студента при дистанційній формі навчання.

Впровадження дистанційної форми навчання в систему медичної освіти без глибокого аналізу форм і технологій трансферу знань не приводить до якісних результатів. Узагальнюючи уявлення про знання, які дають нам когнітивна психологія та когнітивна лінгвістика на засадах принципів системного аналізу, ми можемо сформулювати визначення поняття «наукове знання»: динамічна система спільності професіоналів, які в процесі комунікації засобами професійної мови формують (конструюють) у суспільній (своїй) свідомості структуровану сукупність концептів – єдину концептосферу предметної області, як результат активної цілеспрямованої діяльності з об'єктом дослідження методами даної науки. Динамічна система наукових знань обов'язково є підсистемою відповідної науки.

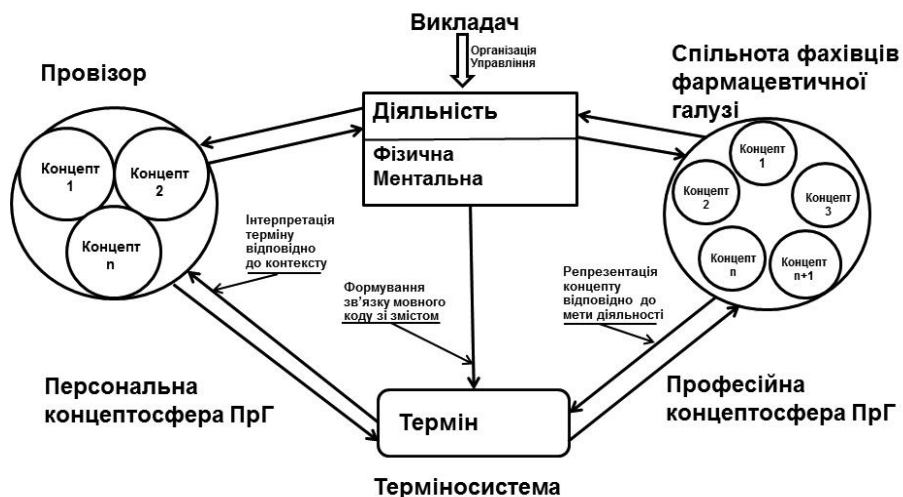


Рис.1. Модель трансферу знань в процесі навчання як системи формування концептосфери у свідомості здобувача освіти.

Організація системи трансферу знань відображена на рис. 1. Трансфер кванта професійних знань забезпечується системогенезом концепту, який формується в процесі навчальної або професійної діяльності, яка може відбуватися на фізичному або ментальному рівні та пов'язується з мовним кодом терміносистеми предметної галузі (медицина, фармація). Результатом циклу навчання людини професійній діяльності є сформована персональна концептосфера, яка забезпечує професійні компетенції фахівця. Термін (мовний знак) репрезентує концепт у процесі комунікації. Інтерпретація терміну відбувається на базі сформованої в процесі діяльності персональної концептосфери. Проведений аналіз понять «концепт» і «поняття» з позицій когнітивної психології і когнітивної лінгвістики відкриває особливості передачі та засвоєння знань людиною й у лінгвокультурній спільноті, якою є спільнота професіоналів предметної галузі або спільнота науковців конкретного наукового напрямку. Структурна організація концепту у свідомості людини, а також виявлені типи цієї організації: уявлення, схема, поняття, фрейм, сценарій і гештальт, дозволяють з нових позицій проаналізувати структури представлення знань в системах штучного інтелекту. Спираючись на структуру концепту ми розробили структуру когнітивного прототипу, як способу організації змісту понять предметної області. Таким чином структура поняття відповідає когнітивній структурі у свідомості студента та взаємодіє з цією структурою, як форма з змістом. Нами було розроблено технологію дистанційного навчання (ДН) та програмне забезпечення інтелектуальної системи ДН на основі когнітивних прототипів. Експериментальне дослідження показало ефективність використання цієї технології в навчальному процесі медичного університету.

**Висновки.** Досягнення когнітивної інформатики створюють фундамент для розробки нових педагогічних методик дистанційного навчання, а також інтелектуальних адаптивних систем. Когнітивні технології дозволяють реалізувати концепцію персоналізованого навчання, яке орієнтовано на рівень знань конкретного студента та його особливості сприйняття інформації.

### ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРНОГО СПІЛКУВАННЯ ІНОЗЕМНОЮ МОВОЮ ПРИ ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ

*Аветісова Ірина Сергіївна,  
канд. пед. наук, доцент  
Гоцуляк Олександр Сергійович, студент  
Донецький національний медичний університет, м. Лиман*

Ми розглянемо актуальну проблему формування культури іншомовного спілкування серед здобувачів освіти немовних спеціальностей. З розвитком потреб суспільства змінювалось і ставлення до вивчення іноземних мов у вищих навчальних закладах, і важливою потребою стало створення іншомовної комунікативної компетентності. Наразі володіння іноземною мовою на професійному рівні – це здатність комунікувати в ділових та наукових сферах з колегами з інших країн, що є передумовою успішного кар'єрного зростання випускників немовних спеціальностей. Вміння розмовляти іноземними мовами є невід'ємною частиною при становленні професійних

вмін та навичок випускників вищих навчальних закладів. Саме мова забезпечує єдність процесів спілкування, пізнання та становлення особистості. У ході підготовки фахівців зростає важливість вивчення іноземних мов, і виникає потреба володіння іноземною мовою на професійному рівні як засобом міжнародного та міжнаціонального спілкування. На сьогодні іноземна мова зі спеціальності перетворюється все більше в мову для спеціальності.

Однією з основних причин вдалого засвоєння матеріалу є взаємодія мовних та профільних кафедр. Під час навчання має бути інтеграція іноземних мов із профільними дисциплінами. Тоді перед викладачем повстає завдання навчити студента застосовувати іноземні мови як засоби поповнення своїх професійних знань на розвиток комунікативних здібностей задля формулювання своєї думки на професійну тематику. Одним із найважливіших завдань при вивченні іноземних мов є формування навичок та вміння їх використовувати в усіх сферах мовленнєвої діяльності, таких як аудіювання, письмо, говоріння, та в усіх сферах спілкування. Більшість студентів погоджуються з думкою, що вивчення іноземних мов – це важкий та необхідний процес. Мова їм цікава, але при вивченні вони стикаються з труднощами та проблемами, які погіршують процес розвитку мовних умінь та навичок. Внаслідок цього, у студентів знижується бажання вивчати іноземну мову та зникає мотивація. Адже задля успішного та швидкого вивчення іноземної мови важливе не тільки бажання, а й мотивація. Як зазначає Козак М.В. в своїй статті: «Викладачі повинні виконувати наступне для підвищення мотивації вивчення іноземної мови: 1) Змінювати програму, враховуючи вимоги щодо вливання України у європейське середовище. 2) Підбирати аутентичні тексти, враховуючи специфіку майбутньої професійної діяльності студентів. 3) Оскільки передумовою успішного навчання студентів є спілкування, потрібно підбирати найсучасніші теми для обговорення. 4) Потрібно використовувати фізичні задачі та тести, які допомагають систематизувати та поглиблювати знання не тільки з іноземної мови, а й сприяють розвитку творчих здібностей студентів. 5) Студентам пропонується найсучасніша професійно-орієнтована інформація для аудіювання» [1, с. 86].

На даний момент, особливо під час дистанційного навчання, найменшою проблемою для вивчення мови є відсутність матеріалів, оскільки більшість посібників, підручників чи інших навчальних одиниць розміщено в Інтернеті у вільному доступі. Як зазначає Коломієць О.С., «найбільшими перевагами дистанційного навчання в наш час є доступ до отримання знань, незалежно від місцезнаходження студента чи викладача, можливість проведення занять для досить великої аудиторії студентів, збільшення обсягу самостійної роботи, а також підвищення рівня знань за рахунок використання сучасних засобів комп'ютерних технологій» [3, с. 37].

Також важливою проблемою, з якою може стикнутись здобувач освіти при вивченні мов в вищих навчальних закладах, є психологічні проблеми. Це і адаптація до нового колективу, налагоджування міжособистісних відносин, психологічна підготовка до майбутньої професії та особисті проблеми. При ігноруванні цих проблем буде значне зниження ефективності вивчення іноземних мов, що має вплив на якість засвоєння матеріалу [4].

Ще певною проблемою студентів є те, що вони не знають, як підійти до вивчення іноземних мов та не мають інформації про різноманітність методів отримання знань. Система викладання іноземних мов в вищих навчальних закладах має бути модернізована задля покращення засвоєння та використання знань. Для кращого розуміння іноземних мов студентам можна використовувати альтернативні методи вивчення. Наприклад: прослуховування іноземної музики покращить навички аудіювання; перегляд улюблених фільмів в іноземній озвучці допоможе нам не тільки сприймати мову на слух, а й побачити написання слів та розширити свій лексикон при перегляді фільмів з субтитрами. При читанні літератури мовою оригіналу буде збільшуватись лексикон та покращиться швидкість та ефективність вивчення граматики.

Щоб покращити якість і швидкість вивчення іноземних мов, можна почати більше застосовувати Інтернет-технології під час лекцій та практичних занять. Як зазначає викладач іноземної мови Пархоменко О.Т., «використання Інтернет-технологій у викладанні іноземної мови дозволяє відійти від традиційних форм навчання й підвищити індивідуалізацію навчальної діяльності студентів, оптимізувати засвоєння мовних структур та граматичних правил, а також подолати монотонність заняття при формуванні мовленнєвої та комунікативної компетенції студентів при навчанні» [5, с. 54].

Задля покращення та швидкого вивчення іноземних мов в закладах освіти можна використовувати метод дискусій. Як зауважує кандидат педагогічних наук Т. В. Литньова, «варто зазначити, що дискусії в аудиторії можуть відбуватися за двома варіантами. По-перше, викладач ставить запитання, і студенти спрямовують усі свої відповіді до нього. По-друге, студенти

взаємодіють між собою замість того, щоб відповідати викладачу. Під час дискусій студенти навчаються користуватися іноземною мовою для висловлювання своєї думки за умови використання різноманітної лексики та широкого спектру тем для обговорення» [2, с. 49-50].

Зі знанням іноземних мов майбутні фахівці здобувають успіхи в науковій сфері та написанні наукових статей, виступах на міжнародних конференціях, а також під час навчання в вищих навчальних закладах. Найчастіше через брак інформації у вітчизняних джерелах студенти звертаються до іноземних джерел. Для участі в міжнародних конференціях або конкурсах також треба мати достатній рівень знань, щоб гідно представити свою роботу на міжнародній арені. Участь в міжнародних заходах і виступах на іноземній мові надає шанс здобувачу освіти, що на одній з конференцій його помітять роботодавці та запропонують співпрацю в майбутньому після завершення вищого навчального закладу та отримання диплому.

На нашу думку, на основі вищевикладених даних можна зробити висновок, що іноземна мова відіграє неймовірно важливу роль в процесі підготовки майбутніх фахівців. Знання іноземних мов дає нам неймовірні можливості в майбутньому. Це і розвиток в кар'єрі, міжнародні відносини, пізнання інших культур народів, розвиток в науковій сфері та міжнародне визнання, і навіть просто інтелектуальний розвиток та покращення здоров'я. Адже при знанні мов всі кордони відкриті, як і можливості для досягнення цілей та здійснення мрій.

#### Список використаних джерел

1. Козак М. В. Роль мотивації та шляхи її підвищення при вивченні іноземних мов. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. № 35. С. 84-87.
2. Литнєва Т.В. Дискусія як різновид інтерактивних технологій навчання іноземної мови у закладі вищої освіти. *Інноваційні технології мовної підготовки студентів ЗВО*, м. Житомир, 24 берез. 2021 р. Житомир, 2021. С. 49-50.
3. Коломієць О.С. Особливості дистанційного навчання іноземної мови у педагогічних університетах України. *Інноваційні технології мовної підготовки студентів ЗВО*, м. Житомир, 24 берез. 2021 р. Житомир, 2021. С. 37.
4. Чиханцова О. Значення іншомовного професійного спілкування для студентів немовних ВНЗ. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами». 2015. №12(14). С.127-141.
5. Пархоменко О. Використання Інтернет-технологій при вивченні іноземних мов у навчальному закладі. Актуальні проблеми іншомовної комунікації: лінгвістичні, методичні та соціально-психологічні аспекти: зб. Матеріалів III Всеукраїнської науково-методичної Інтернет-конференції, 26 березня 2020 року, Луцьк. Луцьк: ІВВ Луцького НТУ, 2020. С. 53-55.

## ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ ЗНАТЬ У ПРИЗМІ СУЧАСНОЇ МЕТОДИКИ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ»

Веницька Галина Василівна,  
асистент кафедри інфекційних хвороб,  
Рябоконт Олена В'ячеславівна,  
д.мед.н., професор, завідувач кафедри інфекційних хвороб,  
Фурик Олена Олександрівна,  
к.мед.н., доцент кафедри інфекційних хвороб,  
Запорізький державний медичний університет

В умовах пандемії COVID-19 було активно започатковано впровадження методів дистанційної освіти, які і зараз, в умовах воєнного стану, не втрачають своєї актуальності, а навпаки – є більш і більш перспективними.

Основною платформою для здобуття якісної дистанційної освіти на кафедрі інфекційних хвороб є Офіс 365 від Microsoft з повною візуалізацією в синхронному онлайн режимі. Так, платформа Microsoft відкрила широкі можливості використання інноваційних методів навчання завдяки додаткам, які забезпечують якісне проведення практичних, лекційних занять у синхронному онлайн режимі з повною аудіо- та відео-трансляцією – MS Teams. Контроль знань, проведення вікторин, виконання різноманітних завдань стає можливим за рахунок використання MS Forms, що дозволяє створювати тестові завдання, завдання, які мають коротку або довгу відповідь, багаторівневі задачі та ін.

Формування молодого спеціаліста у вищій школі неможливе без оцінювання результатів проведеної діяльності. Однак, на нашу думку, не існує еталонного методу оцінювання, який міг би відобразити та всебічно оцінити знання та навички, отримані на клінічній кафедрі. Саме тому

виникає необхідність створення та запровадження різних комплексних методів оцінювання, які мають відповідати вимогам та критеріям якості освітнього процесу.

Для забезпечення об'єктивізації оцінювання знань студентів 5 курсу при вивченні дисципліни «Інфекційні хвороби» ми використовуємо багатомодальний вид оцінювання – усна співбесіда, виконання тестових завдання, розв'язання клінічних кейсів та задач. Кожна зі складових оцінюється окремо, потім вираховується середнє арифметичне задля досягнення достовірної об'єктивності комплексного оцінювання кожного студента в групі.

Для кожної форми контролю передбачені критерії оцінювання, які повідомляються на першому занятті циклу здобувачам освіти. Для оцінювання усної відповіді використовуються наступні п'ять критеріїв: змістовність; викладення тези; наявність обґрунтування та аргументації відповіді; резюмування відповіді та її відповідність базовим матеріалам лекцій та підручників, або була використана додаткова література. Для проведення тестового контролю застосовуються різні види та рівні складності тестових завдань з метою оцінити рівень засвоєння опрацьованих теоретичних знань. Далі, для оцінки логічно-практичних клінічних навичок пропонується робота над ситуаційними задачами, які складається з опису клінічного випадку відповідно до теми заняття. Студенту пропонується встановити діагноз, обґрунтувати його, скласти план обстеження, провести інтерпретацію лабораторних даних та запропонувати лікувальну тактику для даного хворого.

Проаналізувавши результати усної відповіді студентів, тестових завдань та ситуаційних клінічних задач, ми отримуємо три незалежні оцінки за кожен форму роботи, і вираховуємо середнє арифметичне значення отримуємо прикінцеву комплексну оцінку за практичне заняття. Такий підхід дає можливість збільшити об'єктивізацію оцінювання знань, проаналізувати ступінь опанування теоретичного матеріалу, проаналізувати набуття умінь та навичок щодо доцільності застосування різних діагностичних алгоритмів, оцінити вміння інтегрувати отримані знання в модельованій ситуації клінічного випадку.

Таким чином, комплексний багатомодальний метод оцінки знань студентів в умовах роботи в дистанційному режимі сприяє не тільки більшій її об'єктивізації, а й подальшому інтегруванню отриманих знань у формування клінічних діагностичних алгоритмів для майбутньої практичної діяльності.

## **ПРЕДМЕТНО-МОВНЕ ІНТЕГРОВАНЕ НАВЧАННЯ ІНОЗЕМНИХ МОВ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ І ВОЄННОГО СТАНУ**

*Волкова Галина Костянтинівна,  
кандидат педагогічних наук, доцент,  
доцент кафедри іноземних мов,*

*Запорізький державний медичний університет*

**Анотація.** Розглянуто можливості використання методики CLIL (Content and Language Integrated Learning) в медичному університеті у контексті функціонального оволодіння лікарською професією та іноземною мовою на фоні впровадження принципу інтегрованості, комп'ютеризації, інтенсифікації навчального процесу та міжнародного співробітництва.

**Ключові слова:** дистанційне навчання, методика CLIL, лінгвістичні і професійні компетенції, встановлення міжпредметних зв'язків, двомовна освіта.

**Abstract.** There has been considered the possibility of using the CLIL (Content and Language Integrated Learning) method in a medical university in the context of functional mastery in the medical profession and a foreign language against the background of the implementation of the principle of integration, computerization, intensification of the educational process and international cooperation.

**Key words:** distance learning, CLIL method, linguistic and professional competences, establishment of interdisciplinary connections, bilingual education.

Повномасштабне вторгнення агресора на території України 24 лютого 2022 року вплинуло на всі сфери нашого життя, в тому числі на цивільні та освітні правовідносини, зокрема, отримання освіти всіх рівнів у відповідних закладах освіти. Слід зазначити, що досвід дистанційного навчання, який ми отримали під час поширення коронавірусної пандемії у період 2020–2022 роках, став у нагоді в умовах воєнного стану. Цілком зрозуміло, що фактичні ситуаційні умови в населених пунктах нашої країни заважають надавати повноцінні освітні послуги оффлайн. Сотні тисяч здобувачів середньої, середньої спеціальної і вищої освіти опинились під ворожою окупацією або вимушені виїхали зі своїх домівок. Сьогодні українські заклади освіти докладають зусиль, щоб надати доступ до якісної освіти як школярам, так і студентам.

Єдиним можливим варіантом для шкіл України стало навчання онлайн (дистанційно). І тут важливими є багато речей: і доступ здобувача освіти до гаджета, який би надав можливість навчатися; імплементація сучасних підходів до навчання, методів організації викладачами навчального матеріалу, активізація професійного спрямування спеціальної освіти тощо.

Мета статті – розкрити перспективи користування в умовах дистанційного навчання одним із підходів формування професійної майстерності майбутніх фахівців в галузі охорони здоров'я, який поєднує лінгвістичні і професійні компетенції.

В сучасних умовах глобалізації та інтеграції все більшої актуальності набувають різноманітні методи та підходи у навчанні іноземної мови. На сьогодні важливим є не просто оволодіння іноземною мовою, а набуття інтегративних комунікативних навичок, які сприятимуть розвитку вмінь професійного ділового спілкування з представниками інших культур. Особливої уваги у контексті функціонального оволодіння іноземною мовою та принципу інтегрованості набуває методика предметно-мовного інтегрованого навчання CLIL, яка на сьогодні відома та використовується майже в усьому світі. Зростаючий інтерес до даної методики обумовлений, перш за все, серйозними змінами в методиці викладання окремих предметів, в тому числі іноземної мови, в зв'язку з впровадженням компетентісно-орієнтованої моделі навчання. Як зазначається в документах про модернізацію вищої професійної освіти, «володіння іноземною мовою має бути невіддільною частиною професійної підготовки всіх фахівців у закладах вищої освіти; вивчення іноземної мови слід будувати на міждисциплінарній інтегративній основі; навчання має бути спрямоване на розвиток багатокомпонентних загальнокультурних і професійних компетенцій студентів» [1; 2].

CLIL як термін був сформульований Девідом Маршом в 1994 році, хоча насправді цей метод використовується з давніх часів, і на даний момент багато викладачів використовують його навіть не підозрюючи, що такий метод отримав свою офіційну назву. З кожним роком CLIL популяризується все більшою кількістю шкіл вищої спеціальної освіти в багатьох країнах, і цьому сприяють його переваги перед іншими методами, а також попит на такий підхід в сучасних умовах навчання. [10; 11].

Метод CLIL (Content and Language Integrated Learning або предметномовне інтегроване навчання) останнім часом набирає все більшої популярності у викладанні англійської мови. Протягом 1990-х рр. акронім CLIL став поширеним терміном в Європі для позначення програм інтеграції навчання іноземної мови і змісту фахового предмета. У 2005 році Девід Марш запропонував позначити CLIL як загальний термін для різних методологій двостороннього характеру, в яких увага приділялася тематичному змісту і мові, що вивчається [11]. Протягом останнього десятиліття успіхи CLIL швидко прискорилися завдяки дослідникам різних дисциплін: лінгвістам, педагогам, психологам та ін. Також до об'єкту вивчення двостороннього навчання (мови і предметного змісту) додалося дослідження стратегій вивчення і розумових навичок студентів [5; 6].

Ключові принципи підходу предметно-мовного інтегрованого навчання базуються на двох основних поняттях – «мова» і «інтеграція». CLIL умовно ділять на hard CLIL і soft CLIL [8; 9].

Hard CLIL означає, що будь-який фаховий предмет може викладатись англійською. В ході такого засвоєння матеріалу студенти вивчають анатомію, гістологію, біологію, терапію або хірургію за допомогою іноземної мови. Звичайно, цілком зрозуміло, що у такому підході висувається особлива вимога до рівнів володіння викладачем двома предметами: іноземною мовою і фаховою дисципліною. Як правило, методика Hard CLIL повинна використовуватись у навчанні студентів-медиків кафедрами теоретичної і практичної медицини.

Викладачі англійської мови зазвичай використовують Soft CLIL, їх завдання полягає в зворотному: вивчити іноземну мову використовуючи теми і матеріали з інших предметів.

Виділяють і третю модель CLIL-partial immersion, яка займає проміжне положення, і використовується, коли деякі модулі з програми зі спеціальності вивчаються іноземною мовою [12]. Наявність декількох моделей в рамках методики CLIL дає можливість викладачам мовних і немовних кафедр вищої школи медичної освіти варіювати ступінь залучення іноземної мови в навчання в залежності від цілей навчального плану і кількості годин, відведених на вивчення іноземної мови.

Заняття на основі методики CLIL істотно підвищують у молоді мотивацію до вивчення мови. Студентам часто буває важко зрозуміти необхідність вивчення англійської для їх майбутньої професії. А ось на занятті, де застосовуються технології CLIL, мова виступає вже не метою, а засобом вивчення іншого предмета, тобто юнаки і дівчата бачать, що за допомогою англійського можна дізнатися нову цікаву інформацію. Вивчення мови відразу стає більш осмисленим, адже іноземна мова використовується для вирішення нагальних конкретних завдань майбутньої професії [4; 9].

Особливо добре те, що для занять з іноземної мови за методикою Soft CLIL можна використовувати автентичні (тобто розроблені для носіїв мови) матеріали. Завдяки Інтернету у нас є доступ до величезної кількості неймовірно цікавих ресурсів. Користування інформаційними технологіями є головною вимогою дистанційного навчання.

На заняттях і іноземної мови з студентами можна, наприклад, порівняти параграф з їх вузівського підручника з анатомії з параграфом на цю ж тему з американського чи британського підручника, знайти подібності та відмінності в подачі матеріалу розділів нормальної фізіології. В процесі вивчення теми «Медичні заклади» на 2 курсі майбутні лікарі можуть побувати на онлайн екскурсії в одній з численних клінік інших країн, познайомитися із роботою закордонних амбулаторій, подивитися відео про те, як організовані різноманітні профільні медичні служби державних і приватних закладів охорони здоров'я в англійських країнах чи дізнатися про нові підходи до вивчення хвороб в університетах світу з подальшим обговоренням.

Крім того, студенти мають змогу самостійно поповнювати свої знання із медичних дисциплін, в яких вони здійснюють наукові дослідження, на основі результатів новітніх досягнень у цій галузі, викладених мовою оригіналу. Цей факт не може не позначитись на результатах успішності з профільного предмету.

Принципові засади CLIL не важко зрозуміти і легко втілити в навчальний процес. Це завжди цікаво обом учасникам навчального процесу у вищій школі: викладачам і студентам. CLIL – це в першу чергу навчання загальним знанням, а не багатомовності, тому останнє є лише додатковою функцією. Навчання за цією методикою проходить, базуючись на основних 4 «С»: content, communication, cognition and culture. Всі ці складові знаходяться в безперервному зв'язку між собою. Крім того, CLIL дозволяє студентам більш ефективно спілкуватися один з одним, використовуючи іноземну мову; розширює міжкультурні знання та розвиває навички спілкування іноземною мовою в реальних умовах; розвиває мислення і відкриває творчий та професійний потенціал.

В результаті іноземна мова виступає як ефективний спосіб встановлення міжпредметних зв'язків в рамках навчального плану, а також в якості мови міжкультурного спілкування, тому що вивчення іноземної мови відбувається в умовах іншомовного професійного контексту. Це допомагає спростити і модернізувати навчальну програму у вищій школі.

У більшості вищих навчальних закладів, згідно з навчальною програмою, інтенсивне навчання іноземної мови (найчастіше англійської) студентів медичних спеціальностей закінчується на другому курсі, але варто відзначити, що, через відсутність постійної мовної практики в наступні роки навчання, відбувається поступова втрата комунікативних навичок. Тому виникає потреба в інтегруванні іноземної мови та фахових дисциплін протягом усього періоду навчання у ВНЗ, як для студентів бакалаврату, так і магістратури, ординатури та аспірантури. Саме в цьому знаходить свою реалізацію технологія CLIL у закладах вищої медичної освіти.

#### Список використаних джерел

1. УКАЗ ПРЕЗИДЕНТА УКРАЇНИ Про затвердження Стратегії інтеграції України до Європейського Союзу { Із змінами, внесеними згідно з Указами Президента N 587/2000 від 12.04.2000 N 8/2001 ( 8/2001 ) від 11.01.2001 N 1146/2001 ( 1146/2001 ) від 26.11.2001 N 573/2003 ( 573/2003 ) від 05.07.2003 N 929/2011 ( 929/2011 ) від 27.09.2011 } [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/ru/615/98/ed20110930#o9> .

2. Про деякі питання організації роботи закладів фахової передвищої, вищої освіти на час воєнного стану : наказ Міністерства освіти і науки України № 235 від 07.03.2022 року. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0235729-22#Text>.

3. Виселко А. До проблеми визначення поняття іншомовного занурення [Електронний ресурс] / А. Виселко. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: [http://ubgd.lviv.ua/konferenc/kon\\_ikt/Section6/Vyselko.pdf](http://ubgd.lviv.ua/konferenc/kon_ikt/Section6/Vyselko.pdf) .

4. Руднік Ю.В. Впровадження методики предметно-мовного інтегрованого навчання: за і проти (світовий досвід) [Електронний ресурс]. - Режим доступу: [http://elibrary.kubg.edu.ua/2896/1/Y\\_Rudnik\\_VOU\\_13\\_IMMN\\_PI.pdf](http://elibrary.kubg.edu.ua/2896/1/Y_Rudnik_VOU_13_IMMN_PI.pdf).

5. Соболев Ю. О. Предметно-мовне інтегроване навчання в технічному університеті / Ю. О. Соболев // Наукові записки [Національного університету "Острозька академія"]. Сер. Філологічна. – 2013. – Вип. 33. - С. 319-320. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nznuoaf\\_2013\\_33\\_100](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nznuoaf_2013_33_100).



6. Тарнопольський О.Б. Навчання через зміст, змістовно-мовна інтеграція та іншомовне занурення у викладанні іноземних мов для професійних цілей у немовних вишах / О.Б. Тарнопольський // ISSN 1817-8510 Іноземні мови №3/2011, с.23-27.

7. Ходаковська О. Особливості методики предметно-мовного інтегрованого навчання / О.Ходаковська. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://conf.ztu.edu.ua/wpcontent/uploads/2016/11/63.pdf>.

8. Coyle D., Hood Ph., Marsch D. CLIL: Content and Language Integrated Learning. Cambridge University Press, 2010. 182 p.

9. Harrop E. Content and Language Integrated Learning (CLIL): Limitations and possibilities / E. Harrop. - [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/14641/Harrop\\_Content.pdf?sequence=1](http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/14641/Harrop_Content.pdf?sequence=1).

10. Marsh, David. Bilingual Education & Content and Language Integrated Learning. International Association for Cross-cultural Communication, Language Teaching in the Member States of the European Union (Lingua) University of Sorbonne. Paris, 1994. [Електронний ресурс]. – Режим доступу [https://www.researchgate.net/publication/237222904\\_Introducing\\_Content\\_and\\_Language\\_Integrated\\_Learning\\_CLIL](https://www.researchgate.net/publication/237222904_Introducing_Content_and_Language_Integrated_Learning_CLIL)

11. Marsh D. 2002. Content and Language Integrated Learning: The European Dimension Actions, Trends and Foresight Potential [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://europa.eu.int/comm/education/languages/>.

12. Sandra Attard Montalto. The CLIL Guidebook / A. Montalto, L. Walter, M. Theodorou, K. Chrysanthou // Lifelong Learning Program. – 2015. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.goethe.de/en/spr/unt/kum/clg/20782495.html>

## **МОВНА ПІДГОТОВКА ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ У СУЧАСНИХ УМОВАХ**

*Гейченко Катерина Іванівна  
кандидат педагогічних наук, доцент,  
завідувачка кафедри мовної підготовки ЗДМУ*

Життя нашого суспільства в умовах пандемії, а тепер і в умовах воєнного стану докорінно змінило форми та підхід до роботи з іноземними студентами під час їхньої мовної підготовки. Дистанційна освіта, яка сьогодні є основною формою навчання, вже неодноразово аналізувалася учасниками навчального процесу як позитивно, так і з боку недоліків такої форми. Ми тільки ще раз підкреслимо, що сучасний навчальний процес у закладах вищої освіти в режимі онлайн потребує від студентів високої самоорганізації, а від викладачів – творчого підходу, ефективності процесу мовної підготовки, яка буде спонукати студентів формувати й удосконалювати комунікативні навички та вміння, креативне мислення, тобто вміння генерувати ідеї, критично оцінювати їх, формувати корпоративну медичну культуру.

Для цього існує декілька підходів: системний, когнітивний, компетентнісний, тощо. Саме компетентнісний підхід є таким, де йдеться про узагальнений метод, направлений на формування різноманітних компетенцій, думок, відносин, вмінь.

Виправдовує себе і когнітивно-комунікативний метод, який теж сприяє організації навчання через пізнання, осмислення і розуміння системи мови. Таким цілям задовольняють і методики, що реалізують особистісно-орієнтований підхід. До них можна віднести наступні технології: інтернет-технології, навчання у співпраці, проектний метод, портфоліо того, хто навчається тощо.

Все це веде до більш творчого і тому більш складного управління процесом навчання, що потребує від викладача ще більшої підготовки.

## **РОЛЬ МОВИ У ПРОФЕСІЙНІЙ ПІДГОТОВЦІ СУЧАСНОГО ЛІКАРЯ**

*Грищенко Олена Володимирівна,  
викладач кафедри мовних та гуманітарних дисциплін №1,  
Донецького національного медичного університету*

Українська мова за професійним спрямуванням входить у коло дисциплін мовно-гуманітарного циклу і вивчається студентами 1 курсу усіх медичних закладів вищої освіти України. У Донецькому національному медичному університеті на цей предмет відведено 50 годин практичних занять і 40 годин – для самостійної роботи студентів. Це багато чи мало? Чи взагалі потрібне вивчення української мови у медичному університеті? Спробуємо відповісти на ці питання.

Основними функціями мови є когнітивна і комунікативна. Когнітивна полягає у тому, що через мову людина пізнає цілий світ, бо все, що її оточує, предметне і уявне, має назву, виражену словом. Комунікативна функція – це спілкування, обмін інформацією, що дозволяє людині відчувати себе і членом спільноти, й окремою інтелектуальною та емоційною одиницею. І досі актуальним є давнє висловлювання : «Заговори, щоб я тебе побачив».

Чи має володіти сучасний лікар комунікативними навичками? Безумовно. Опановуючи нові методи і прийоми лікування й діагностики, озброєний високими технологіями лікар, як і сотні років тому, повинен уміти говорити з пацієнтом. У трикутнику «лікар- хвороба-пацієнт» перемога над хворобою буде тільки тоді, коли пацієнт повністю стане на бік лікаря. Досягти ж цього можна за допомогою слова, комунікації, спілкування, сповненого розуміння і співчуття. Якою має бути мова сучасного лікаря? Літературною, правильною, професійною. Щоб бути беззаперечним авторитетом для хворого, для колег, середнього і молодшого медичного персоналу, лікар має бездоганно дотримуватись літературних норм в усному і писемному мовленні, майстерно володіти українським мовленнєвим етикетом.

Отже, вивчення мови є важливим компонентом професійної підготовки лікаря. Вивчення якої мови? Звісно, української – єдиної державної, мови освіти та медицини, мови незламного українського народу. Незважаючи на те, що українську мову вивчають у загальноосвітніх закладах з першого до одинадцятого класу, а після закінчення школи учні складають ЗНО, маємо низку різних проблем, що стосуються учнівської молоді. По-перше, у багатьох школах України на перервах та поза уроками вчителі спілкуються з дітьми більше російською, ніж українською. Часто мова побутового спілкування – також російська. По-друге, реєструємо значну кількість (принаймні, до 2022 р) абітурієнтів (зокрема, у нашому університеті) з тимчасово окупованих районів Донецької та Луганської областей України, де діти майже дев'ять років не чули української мови і вивчали її самостійно або у кращому випадку з репетитором перед вступом. Вони часто демонструють низький рівень підготовки, особливо помітний в усному мовленні. Робота з такими студентами вимагає неабияких зусиль і часу як від викладача, так і від студента, але результат того вартий.

Після повномасштабного вторгнення російських окупаційних військ на територію України 24 лютого 2022 року ситуація щодо української мови як мови повсякденного спілкування у нашому суспільстві зазнає стійких змін на краще. Значна частина громадян свідомо перейшла на українську у всіх сферах життя, хтось здійснює цей перехід поступово – зі сфери, наприклад, громадської, адміністративної, наукової до мови у колі родини та друзів. Така тенденція надалі, на нашу думку, тільки зростатиме, і заклади вищої освіти, зокрема медичні, мають на неї реагувати. А ще слід враховувати беззаперечний моральний аспект: майбутнім медичним фахівцям треба буде відновлювати фізичне і психічне здоров'я тисяч цивільних громадян України, які зазнали жахливого насильства з боку росіян, а також лікувати наших воїнів-захисників, для яких російська – мова ворога, якого вони бачили у перехрестя прицілу. Наразі мова, поряд зі звичними визначеннями «душа народу», «генетичний код нації», стала справжнім маркером у системі розпізнавання «свій-чужий».

У медичному закладі вищої освіти студенти вивчають українську мову за професійним спрямуванням, що дозволяє оперувати мовою саме у медичному середовищі, насичує сучасною науковою термінологією. Це є актуальним, враховуючи певну неусталеність термінів медицини, все ще відчутний відгомін у ній «радянщини» та, на жаль, низькі стандарти засобів масової інформації стосовно вживання слів професійного та загальномедичного характеру. Тому наша задача – навчити студентів правильної сучасної мови медицини, вільному володінню і застосуванню термінів в усному і писемному мовленні, зберігаючи інтерес до мови як до живого організму, що постійно розвивається і змінюється. Звичайно, це передбачає й закріплення засвоєних знань з орфоепії, орфографії, морфології, синтаксису та культури мовлення, бо для лікаря, як і для вчителя, неприпустимо робити орфографічні помилки, неправильно ставити наголос у словах, вживати слова не відповідно до їх лексичного значення, неправильно тлумачити слова іншомовного походження, яких у медицині багато. Крім того, лікар має ретельно і майстерно будувати діалог із пацієнтом – і з точки зору психології, і з точки зору риторики.

Саме для цього ми наразі переробляємо, оновлюємо навчальний посібник з дисципліни «Українська мова за професійним спрямуванням». Редагуванню підлягають і лексичні теми ( оновлюються словники, переглядаються тексти, передтекстові та післятекстові завдання), і граматичні ( завдання корегуються стосовно змін до правопису, розширюються відповідно до ступенів труднощів, які вони викликають у студентів). Як показує практика, найбільше помилок

допускають студенти у правописі слів іншомовного походження, при вживанні закінчень Родового відмінка іменників чол. роду II відміни однини, при чергуванні голосних о,е з і у відкритих і закритих складах, а також у словах із подвоєними і подовженими приголосними. Крім того, ми вирішили додати до кожного заняття інформативний блок з культури мовлення ( правильне наголошування слів, пароніми в медицині, тлумачення слів іншомовного походження, контекстуальні синоніми й антоніми в медицині, побудова речень, вживання притаманних українській мові прийменниково-іменникових конструкцій, український мовленнєвий етикет).

Найболіснішою ж точкою залишається низька якість усного мовлення. Причин багато: від глобального захоплення гаджетами до хибного, на наш погляд, розвороту системи освіти у бік письмових робіт, письмового оцінювання рівня знань. Результат сумний: з кожним роком комунікативні навички учнів, студентів погіршуються. Саме тому в оновленому посібнику ми збільшуємо кількість завдань, пов'язаних із говорінням: складання тематичних монологів і діалогів, підготовку повідомлень і доповідей. Виступ із доповіддю особливо привабливий для студентів, бо вони збирають в інформаційному просторі цікаві для себе матеріали за навчальними темами, шукають засоби їх ефектного подання аудиторії (презентація, неординарна будова тексту), готуються до захисту своїх робіт. Таке завдання не тільки закріплює комунікативні навички, а й залучає студентів до майбутньої наукової діяльності.

Отже, українська мова за професійним спрямуванням є невід'ємною складовою професійної підготовки лікаря і заслугове бути наскрізною і безперервною дисципліною принаймні до третього курсу, бо саме тоді починається безпосередня комунікація майбутнього лікаря і пацієнта.

Список використаних джерел

1. Лепеха Т.В. зі співавт. Українська мова за професійним спрямуванням. Навч.посібник. - Друкарня ДНМУ- Донецьк, 2014.
2. Микитюк О.Р. Культура мовлення. – Львівська політехніка, 2007.
3. Пасинок В.Г.. Основи культури мовлення.- Центр учбової літератури.- К.: 2021, 192с.

## **СПЕЦИФІКА ОРГАНІЗАЦІЇ ПИСЬМОВОГО КОНТРОЛЮ ЗНАТЬ ТА НАВИЧОК З ПАТОЛОГІЧНОЇ АНАТОМІЇ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ**

*Гусарова Анна Владиславівна,  
викладач-стажист кафедри  
патологічної анатомії і судової медицини  
Запорізького державного медичного університету*

Контроль в педагогіці – це співвідношення досягнутих студентами результатів із запланованими цілями. Іншими словами, це співвідношення результатів до і після навчання. Він дозволяє оцінити якість засвоєння матеріалу, звернути увагу студентів на важливі моменти, виявити питання, що викликали труднощі у кожного окремого студента або у групи студентів, що дозволить адаптувати викладення матеріалу для конкретної групи студентів або ж підходи до викладання цієї теми в цілому. Також різні види контролю знань та навичок (поточний, тематичний, підсумковий) є певним стимулом для студентів під час підготовки до заняття. Особливо це актуально в умовах дистанційного навчання, коли студенти схильні готуватися менш ретельно.

Для більш об'єктивної оцінки знань студентів контроль повинен бути мультиметричним та включати в себе різні види завдань: як в усній, так і в письмовій формі. На жаль, в умовах сьогодення усне опитування кожного студента не завжди виявляється можливим, тому у питанні контролю знань письмові завдання набувають більшої ваги.

Патологічна анатомія – науково-прикладна дисципліна, що вивчає структурні порушення (морфогенез), які виникають в тканинах та органах організму під час різних хвороб, а також причини їх розвитку (етіологію), механізми розвитку (патогенез), механізми її завершення та одужання (саногенез), ускладнення хвороб і можливі механізми смерті (танатогенез). Отже, це дисципліна, що потребує широких теоретичних знань, розвинутого клінічного мислення і певних практичних навичок, а саме – вміння оцінити та описати біологічний матеріал під час макро- та мікроскопічного дослідження, встановити коректний діагноз та сформулювати його відповідно до загальноприйнятих правил. Таким чином, завдання, що надаються студентам в якості контролю знань, повинні сприяти набуттю та розвитку зазначених якостей. Особливість патанатомії у порівнянні з багатьма іншими медичними дисциплінами, зокрема тими, що вивчаються на третьому курсі, полягає в тому, що перелічені практичні навички можна отримати дистанційно без суттєвих втрат у їх якості.

Для цього на кафедрі патологічної анатомії і судової медицини ЗДМУ розроблені різні типи письмових завдань. До першого типу належать тестові завдання, які поділяються на два види – з однією або декількома правильними відповідями. Ціль таких завдань – швидко оцінити базові знання студентів з даної теми, звернути їх увагу на ключові моменти та підготувати їх до складання іспиту КРОК-1, під час якого вони можуть зустріти подібні питання. Перевагою такого методу контролю є швидкість та простота контролю знань завдяки автоматизованій перевірці тестових завдань, але серед недоліків – не досить велика об'єктивність, особливо в умовах дистанційного навчання.

Другий тип завдань – це теоретичні питання, що потребують розгорнутої відповіді. Завдяки цим запитанням вдається оцінити здатність студента чітко відповідати саме на поставлене запитання, хід його думок та вміння коректно їх висловлювати, якість його теоретичних знань. Ще однією перевагою подібних завдань є контроль академічної доброчесності через можливість виявити просте копіювання відповіді з підручника, інтернет-ресурсу або з відповіді іншого студента. В якості недоліка можна виділити відсутність можливості автоматизувати перевірку подібних завдань, тому перевірка кожної відповіді вручну потребує часових та розумових витрат викладача.

Наступний тип – це питання також з відкритою відповіддю, в яких необхідно описати макро- або мікропрепарат, наведений на фотографії, що прикріплена до питання, та встановити ймовірний діагноз. Від студентів очікується повний опис наведеного препарату, використання правильних термінів для опису побачених змін, правильне встановлення ймовірного діагнозу та його коректне формулювання. Такі завдання є не тільки досить об'єктивними при оцінці знань та навичок студентів, а ще й сучасними, бо сьогодні цифрова мікроскопія активно використовується в розвинутих країнах світу та в якості діагностики нічим не поступається традиційній мікроскопії. Переваги та недоліки даного типу запитань аналогічні попередньому, але окрім цього він дає можливість студенту набути та продемонструвати практичні навички.

Останній тип завдань, який може бути присутнім в якості письмового контролю, – це клінічна задача. Вона уявляє собою опис клінічного випадку з прикріпленими до питання макро- чи мікрофотографіями або без них. В кінці задачі вказані питання, серед яких обов'язково встановлення діагнозу. Це особливий тип завдання, який дозволяє оцінити і теоретичні знання студента, і його практичні навички, і клінічне мислення. Як на мене, ще однією його суттєвою перевагою є його досить висока об'єктивність, навіть у порівнянні з попереднім типом. Наявність тексту з клінічними даними, що наводять на думку про правильний діагноз, допомагають студентам, в яких є достатні теоретичні знання, розвинуте клінічне мислення, але є певні труднощі з аналізом гістологічних зображень. Це, на жаль, не є рідкісним серед студентів третього курсу і є проявом недостатності відповідних знань та навичок, отриманих на попередньому курсі.

Оцінка кожного завдання проводиться окремо. Тестові завдання оцінюються в 1 бал, якщо відповідь правильна, і 0 балів, якщо відповідь неправильна. Іноді тестові завдання з декількома неправильними відповідями можуть мати вищий максимальний бал та оцінюватися відповідно до кількості правильно наданих відповідей.

Теоретичні завдання з відкритою відповіддю частіше оцінюються максимально у 3 бали, якщо відповідь студента коректно сформульована та відповідає на поставлене питання. Бал може бути знижений, якщо відповідь на запитання неповна; якщо надісланий текст не є відповіддю на необхідне питання, а розкриває якусь іншу проблему; якщо є очевидним копіювання відповіді з підручника, інтернет-ресурсу або відповіді іншого студента; якщо відповідь неправильна або відсутня.

Завдання на опис макро- та мікропрепаратів максимально оцінюються у 5 балів. Максимальний бал можна отримати при коректному та повному описі усіх наявних патологічних змін та правильно вказаному та сформульованому діагнозу. Бал може бути знижений при неповному описі наявних змін, при використанні некоректних термінів, при неправильному визначенні чи формулюванні діагнозу, при відсутності одного з компонентів відповіді (опис препарату та діагноз) або відповіді в цілому.

Клінічна задача також оцінюється максимально у 5 балів. При її оцінці враховується наявність відповідей на всі поставлені запитання, правильність цих відповідей, їх відповідність до питання, правильне формулювання діагнозу.

Окрім цього, у викладача є можливість надати пояснення та рекомендації для студента у спеціальному віконці під час перевірки завдання, які студент побачить, коли завдання повернеться до нього. Не варто нехтувати цією функцією, бо вона дозволяє студенту отримати зворотній

зв'язок від викладача та пропрацювати власні помилки самостійно, що робить навчання більш ефективним та може навіть впливати на вмотивованість студентів.

Отже, для контролю засвоєння знань та навичок студентів з патологічної анатомії окрім усного опитування використовуються письмові завдання у різних комбінаціях. Правильність виконання кожного з таких завдань можна оцінити окремо, що дозволяє більш об'єктивно оцінити роботу студента – перевірити не тільки теоретичні знання, а й практичні навички та наявність клінічного мислення. Також подібна різноманітність завдань дозволяє виявити слабкі місця та незасвоєні питання, яким можна приділити час на наступному занятті або які студент може опрацювати самостійно.

## КАР'ЄРНИЙ ДИЗАЙН ФАХІВЦЯ СОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

*Дубініна Яна Павлівна,  
ст. викладач кафедри соціальної роботи ОНУ імені І.І. Мечникова  
Герасімчук Тетяна Сергіївна, к.м.н.,  
доцент кафедри дитячих хвороб ЗДМУ,  
Шаменко Вадим Олександрович,  
к.м.н., асистент кафедри дитячих хвороб ЗДМУ*

**Анотація.** У статті висвітлено теоретичні і практичні засади розвитку професійної кар'єри сучасної особистості; проаналізовано типові проблеми професійного становлення в умовах ринкового середовища; запропоновано форми психолого-педагогічної допомоги особистості у виборі індивідуальної траєкторії кар'єрного розвитку; доведено, що професійний успіх сучасного фахівця визначається здатністю гнучко реагувати на постійно мінливі соціально-економічні умови.

**Ключові слова:** компетентнісний підхід у вищій освіті, трансверсальні компетентності, кар'єрна компетентність, неспеціалізовані надпрофесійні навички soft skills, професійно мобільний фахівець, кар'єрний дизайн.

**Abstract.** The article highlights the theoretical and practical principles of the development of the professional career of a modern individual; typical problems of professional development in the market environment are analyzed; forms of psychological and pedagogical assistance to the individual in choosing an individual trajectory of career development are proposed; it is proven that the professional success of a modern specialist is determined by the ability to flexibly respond to constantly changing socio-economic conditions.

**Keywords:** competence approach in higher education, transversal competences, career competence, non-specialized superprofessional soft skills, professionally mobile specialist, career design.

Головною складовою успішного майбутнього України є якісна освіта. Сучасні інтеграційні процеси, орієнтовані на входження України в світовий освітній простір, вимагають від викладачів закладів вищої освіти підготовки фахівців високого професійного рівня та нової якості - здатних до творчого мислення, швидкої якісної орієнтації в сучасному інформаційному просторі, реалізації нестандартних рішень, здійснення самоосвіти та самовдосконалення впродовж усього життя. В умовах, коли значна частина закладів освіти й наукових установ зруйнована, істотно пошкоджена або опинилася на окупованій території, особливого значення набуває такий напрям євроінтеграції як *міжнародна академічна мобільність* здобувачів освіти.

Соціальна сфера, яка стикнулася з численними викликами, пов'язаними з війною в Україні та її наслідками, є найбільш вразливою в суспільстві. Завдання вищої освіти – сформувати професіонала соціальної сфери, здатного до інноваційного типу мислення та функціонування в глобальному життєвому і професійному просторі, мінливому, невизначеному та, інколи, ризикованому.

Освіта має враховувати суспільні, регіональні та галузеві потреби, потреби особистісного розвитку здобувачів. «Незворотність трансформаційних процесів у вищій школі обумовлена: глобальними драйверами (інтернаціоналізація та міжнародна конкуренція, цифровізація, інтеграція, концепція навчання впродовж життя, інтегрованість освітніх програм (міждисциплінарність підходів), тренди і мінливість ринку праці); національними драйверами, що визначаються освітньою політикою держави, особливостями соціально-політичної та економічної ситуації, рівнем фінансування вищої освіти, конкуренцією на ринку освітніх послуг тощо; локальними, що визначають здатність закладів вищої освіти функціонувати за нових умов, реалізовувати трансформаційні процеси, гнучко реагувати і відчувати попит стейкхолдерів» [8, с. 142].

Перед закладами вищої освіти стоять виклики бути здатними до перетворень, отримувати реальні трансформаційні результати, адже попит на освітні послуги переходить до нової парадигми. Є спроби здійснити модернізацію змісту освіти за рахунок розширення міждисциплінарних зв'язків та розробки нових інтегральних курсів. Інтеграція сьогодні розглядається як пріоритетна форма організації змісту освіти [7].

Аналіз багатьох освітніх систем свідчить, що одним зі шляхів оновлення змісту освіти й навчальних технологій, узгодження їх із сучасними потребами, інтеграції до світового освітнього простору є орієнтація навчальних програм на *компетентнісний підхід* і створення ефективних механізмів його запровадження. «Перехід до компетентнісного підходу у вищій освіті дозволяє не просто накопичувати знання з дисциплін, які викладаються, а стимулює творче, креативне їх використання, що дозволяє студенту бути мобільним в освітньому середовищі, як країни, так і світу, а випускникові вишу стати затребуваним і конкурентноспроможним на ринку праці» [4, с. 69].

У МОН триває робота щодо розроблення державних освітніх стандартів із конкретних професій на компетентнісній основі [3, с. 157]. Основними стратегічними орієнтирами є:

- формування системи державно-приватного й соціального партнерства у сфері підготовки фахівців між провайдерами освітніх послуг та їх користувачами/споживачами, зокрема роботодавцями й професійними організаціями
- забезпечення відповідності підготовки кадрів потребам вітчизняного, регіональних і міжнародного ринків праці повоєнного періоду шляхом гармонізації вітчизняної та європейської систем кваліфікацій, застосування в Україні міжнародних професійних кваліфікацій, гармонізації Національної рамки кваліфікацій, Національного реєстру кваліфікацій Національного класифікатора України «Класифікатор професій» ДК 003:2010 та інших стандартизованих систем у сфері підготовки кадрів із Європейською рамкою кваліфікацій.

Потужну державу й конкурентну економіку може забезпечити згуртована спільнота творчих людей, відповідальних громадян, активних і підприємливих. Саме таких громадян повинні готувати заклади освіти. Зміст професійної фахової вищої освіти має постійно оновлюватися з урахуванням потреб ринку праці. Особливої актуальності набуває питання мобільності, конкурентноспроможності й кваліфікації працівників.

Сьогодні підготовка майбутніх працівників соціальної сфери в закладах вищої освіти має бути спрямована на формування компетентностей, затребуваних на ринку праці. Заклади вищої освіти, безумовно, повинні забезпечити якісну професійну підготовку, але при цьому не забувати про важливість формування особистісних якостей майбутнього працівника, які є професійно значущими для ефективного виконання професійної діяльності [1].

Стратегія вищих навчальних закладів – формування у здобувачів ключових і фахових компетентностей, розвиток їх соціальних, професійних і ціннісних якостей, соціальної та творчої активності. Соціально-освітніми домінантами професійної підготовки сучасного компетентного фахівця є: вміння вирішувати комплексні задачі, створювати висококласні та інноваційні інтелектуальні продукти, вміння швидко адаптуватися до змін і розвитку в соціокультурній сфері, розвинуті критичне мислення та творчі здібності, управлінські навички, емоційний інтелект та когнітивна гнучкість, здатність координувати професійні дії з іншими (фахівцями та клієнтами), організувати та вести ефективні переговори.

Більшість дослідників погоджуються, що компетентісно-орієнтований підхід в освіті спрямований на те, щоб підвищити потенціал індивідів з огляду на соціальні, економічні, політичні та культурні трансформації. Навчання на основі компетентнісного підходу формує у студентів якості для реалізації професійної діяльності, які необхідні для ринку праці, а критерії та параметри оцінки результатів освіти уніфікуються і виражаються у термінах і результатах, які можуть бути інтерпретовані і враховані у будь-якому освітньому закладі будь-якої країни. Формулювання результатів освіти у формі компетентностей, здібностей випускників виконувати ті чи інші професійні обов'язки дозволяє відповідати сучасній тенденції вищої професійної освіти – *формування фахівця, здатного швидко адаптуватись до умов праці, що змінюються навіть у рамках професії*. «У ХХІ столітті формування певних фахових компетентностей на різних рівнях і ступенях освіти є обов'язковою умовою розвитку галузі професійної підготовки у закладах вищої освіти» [7, .269].

Процес професійної підготовки повинний бути вибудований на ґрунті цілісного розвитку студента і як особистості, і як фахівця. Професійна компетентність означає зрілість людини в професійній сфері, що сприяє її особистісному становленню, визначає стартові можливості в

успішній діяльності. А фахівець, який володіє *міждисциплінарними, трансверсальними компетентностями*, є спеціалістом інноваційного типу, який може легко пристосуватися до будь-якого виробничого середовища й адаптуватися до змін суспільства. Трансверсальні компетентності зараз є необхідними як у робочому середовищі, так і в особистому житті.

На нинішньому етапі розвитку вищої освіти важливою особливістю підготовки здобувачів до професійної діяльності у закладах вищої освіти є розв'язання провідних завдань: формування особистості шляхом патріотичного, правового, екологічного виховання; утвердження в учасників освітнього процесу моральних цінностей, соціальної активності, громадянської позиції та відповідальності, здорового способу життя, вміння вільно мислити та самоорганізовуватися в мінливих умовах. Сучасному суспільству потрібні кваліфіковані спеціалісти з виробленою здатністю ефективно створювати базу для формування особистісної культури спеціаліста, забезпечення всебічного розвитку, збагачення на цій основі інтелектуального потенціалу народу, його духовності й культури, формування громадянина України, здатного до самостійного мислення, соціального вибору і подальшої діяльності [1].

Таким чином, сучасний фахівець повинен бути конкурентоспроможним, завжди готовим до продуктивної професійної діяльності, впевненим і стійким до різних професійних стресів, використовувати накопичений досвід та сучасні інноваційні підходи.[2, с. 272].

Кардинальні зміни в життєдіяльності суспільства, пов'язані з введенням воєнного стану в Україні, спонукають переглянути пріоритети у визначенні освітніх завдань, переосмислити питання формування *життєвої компетентності* особистості через призму реалій сьогодення. Тож важливо особливу увагу приділити формуванню життєвої компетентності особистості в нових реаліях. Під життєвою компетентністю розуміють специфічну здатність, яка дає змогу ефективно розв'язувати проблеми, що виникають в реальних ситуаціях життя. Нові виклики і випробовування, що виникли у процесі життєздійснення в умовах війни потребують уміння орієнтуватися і здатність критично осмислювати обставини, що складаються, приймати рішення в умовах дефіциту часу і оперативно реагувати на швидкозмінні події [5].

Темп науково-технічного прогресу та створена ним динаміка суспільного життя задає систему професійних вимог до людини, які невинно зростають. В умовах стрімкого розвитку економіки, нестабільності ринку праці та об'єктивних вимог роботодавців щодо сформованості «soft skills» у працівників перед закладами вищої освіти постає завдання не лише сформувати конкретні професійні компетенції (дати набір професійних знань, умінь і навичок), але й розвинути навички, які допоможуть у пошуку роботи та успішному працевлаштуванні, закріпленні на першому робочому місці – тобто сформувати у здобувача/здобувачки освіти *кар'єрну компетентність*. Ця мета реалізується у процесі вирішення таких навчальних і виховних завдань:

- 1) виховання у студентів ставлення до себе як суб'єкта майбутньої професійної діяльності;
- 2) усвідомлення своєї індивідуальної неповторності, відповідальності та впевненості у досягненні майбутнього професійного успіху;
- 3) активізація процесів самопізнання, самооцінки та актуалізація потреби у самовдосконаленні;
- 4) формування системи знань здобувачів про обрані професії, сучасні вимоги соціального середовища до фахівців на ринку праці, стратегію і тактику реалізації визначених напрямів власного кар'єрного зростання у майбутньому;
- 5) ознайомлення слухачів із способами і прийомами прийняття обґрунтованих рішень в побудові кар'єри, забезпечення їх практичним досвідом пошуку необхідної інформації для розробки або ж удосконалення стратегії професійного зростання у майбутньому.

*М'які навички, іноді гнучкі навички (англ. soft skills) — комплекс неспеціалізованих, надпрофесійних навичок, які відповідають за успішну участь у робочому процесі, високу продуктивність і, на відміну від спеціалізованих навичок, не пов'язані з конкретною сферою.*

Кар'єрний дизайн – управління кар'єрою, професійним життям – процес керований для фахівців, які володіють високим рівнем розвитку «м'яких» навичок. Саме тому soft skills все частіше можна побачити в описі вимог до претендентів. Топ-10 «м'яких навичок» важливих для розвитку кар'єри:

- ✓ комплексне багаторівневе рішення проблем (здатність бачити суть проблем і розбиратися з причиною, а не з наслідком; здатність володіти системним, цілісним підходом до вирішення будь-яких проблем);
- ✓ критичне мислення (об'єктивний аналіз і оцінка даних для формування професійних суджень);

- ✓ креативність (відсутність шаблонного мислення, здатність бачити ситуацію з незвичної сторони, розробка нових ідей, застосування нових рішень для існуючих проблем);
- ✓ уміння управляти людьми, безконфліктна поведінка, здатність формувати сприятливий клімат в колективі; командування та наставництво (здатність ефективно взаємодіяти і розвивати відносини з представниками різних культур всередині організації);
- ✓ емоційний інтелект (здатність розуміти емоції, наміри і мотивацію інших людей і свої власні, уміння управляти своїми емоціями та емоціями інших людей, підлаштовуватися під тон співрозмовника, відчувати його настрій);
- ✓ формування власної думки та прийняття рішень;
- ✓ уміння вести переговори (ясно висловлюватися, бути переконливим);
- ✓ когнітивна гнучкість (здатність швидко переключатися з однієї думки на іншу, обмірковувати кілька речей одночасно);
- ✓ тайм-менеджмент (здатність ефективно контролювати і керувати своїм особистим часом, уміння відсортовувати важливі і першорядні).

Розвиток цих навичок сприяє поліпшенню відносин з людьми, підвищенню працездатності і збільшує шанси піднятися по кар'єрних сходах.

Отже, на зміну вузькоспеціальної підготовки фахівців різних галузей приходять більш широке професійне навчання. Вузька спрямованість фахової підготовки, навіть в умовах її успішної реалізації, може стати чинником подальшого ускладнення професійного розвитку особистості. Якщо в процесі життєдіяльності людина буде вимушена змінити свою професію, можливість іншого вибору буде ускладнена, оскільки вона не буде підготовлена до широкої сфери професійної практики. Відтак, освіта стає сьогодні соціокультурним механізмом цілеспрямованого випереджаючого впливу на розвиток професійно мобільної особистості, здатної до максимальної реалізації власного потенціалу не тільки в межах однієї професії (вертикальна мобільність), а й в умовах зміни професійної діяльності (горизонтальна мобільність), а не «професія для людини».

У сучасних умовах професійну мобільність пов'язують з готовністю людини приймати самостійні і нестандартні рішення, спрямовані на підвищення рівня власного професіоналізму, здатність швидко адаптуватися до нового середовища, використовуючи ефективні методи і засоби для досягнення мети. Під професійною мобільністю розуміють здатність і готовність фахівця змінювати свою професію, а також місце і вид діяльності. При цьому професійну мобільність працівників соціальної сфери розуміють як здатність фахівців вирішувати широке коло завдань у соціальній галузі, оперативного, швидко опанувати нові спеціальності, бути готовим упоратися з новими професійними функціями, успішно оволодіти інноваційними технологіями, знаннями, уміннями і навичками роботи з клієнтом (групою клієнтів), працювати з людьми, які опинились у різних складних життєвих ситуаціях, з людьми похилого віку, дітьми, жінками та ін.

Знання, необхідні професійно мобільному фахівцю соціальної сфери: знання цінностей, пов'язаних з різними видами професійної діяльності; законів і механізмів функціонування соціальних систем; фізіологічних, вікових, гендерних та індивідуальних особливостей особистості; мотивів поведінки, інтересів, потреб людини і особливостей їх прояву; знання про пізнавальні процеси особистості; основ проектування і моделювання; особливостей діяльності в соціальній сфері; технологій роботи з людьми; суті емоційно-вольової сфери особистості і її проявів; світоглядних, соціально і особистісно значущих філософських проблем; принципів толерантності, діалогу і співпраці; нормативних документів у сфері фахової діяльності.

Вміння *професійно мобільного фахівця*: швидко і творчо оволодівати методами навчання і самонавчання; спостерігати, аналізувати соціально-педагогічні процеси; визначати мету і завдання своєї фахової діяльності, планувати її; використовувати різноманітні методи і форми організації сфери соціальної діяльності; створювати творчу робочу атмосферу спільної роботи; працювати з інформацією; використовувати методи дослідження для вивчення особистості, групи, суспільства; виявляти та ідентифікувати проблеми професійної діяльності, знаходити адекватні засоби їх вирішення; здійснювати рефлексію своєї практики, а також коригувати її; приймати рішення в стандартних і нестандартних ситуаціях, вміти розподіляти ресурси для реалізації поставлених цілей; уявляти кінцевий результат своєї діяльності; будувати міжособистісні відносини; запобігати і вміло виходити з конфліктних ситуацій; аналізувати систему взаємин між людьми.

До основних особистісно-професійних якостей *професійно мобільного фахівця* належать:

- ✓ активність особистості (здатність ставити досяжні цілі, реалізовувати визначену програму, незважаючи на різні обставини, діяти з метою перетворення зовнішнього професійного середовища)



✓ адаптивність і гнучкість (здатність ефективно пристосовуватися до змінних умов професійної діяльності, вирішувати завдання різної складності, здатність реально оцінювати ситуацію, адаптуватися до неї, не змінюючи при цьому принципів позицій, гнучка поведінка в умовах невизначеності)

✓ відкритість (схильність до нового, невідомого, відмова від стереотипів і шаблонів у сприйнятті дійсності і діяльності)

✓ комунікабельність (здатність і готовність встановлювати нові зв'язки і контакти з суб'єктами соціальної практики, вміння долучатися до спільної діяльності з колегами по роботі, вміння будувати міжособистісні взаємини, володіти професійними основами мовної комунікації)

✓ здатність до навчання (схильність до здобуття нових знань у відповідності з індивідуальними особливостями, легкість у засвоєнні і застосуванні нових знань, швидкий темп просування в навчанні, широта перенесення засвоєних знань і навичок)

✓ потреба в самовдосконаленні і саморозвитку (здатність контролювати процес власного розвитку, в тому числі, професійного становлення, свідомий розвиток позитивних якостей, здібностей, умінь, удосконалення особистої картини світу, своєї свідомості, пам'яті, мислення, творчих рис)

✓ здатність до адекватної самооцінки (вміння давати оцінку своїм діям, фаховій діяльності, моральним якостям і поступкам)

✓ здатність до конструктивного прогнозування перспектив власної діяльності (здатність уявляти картину майбутнього в складному і суперечливому взаємозв'язку прогнаних і очікуваних результатів, які зумовлюють соціальну цінність людини і зміст її життя).

Таким чином, професійний успіх сучасного фахівця визначається, перш за все, здатністю гнучко реагувати на постійно мінливі соціально-економічні умови. Суспільству потрібні професіонали, здатні відповідально і творчо виконувати професійні функції в межах обраного фаху, але в разі об'єктивних чи суб'єктивних причин готові працювати за іншою спеціальністю гуманітарної сфери. Означене зумовлює наявність певних знань, умінь, навичок і особистісно-професійних якостей, які сприяють успішній адаптації фахівця в різних соціокультурних умовах.

#### Список використаних джерел

1. Дубініна Я.П. Формування професійних компетентностей та розвиток особистості студентів спеціальності «Соціальна робота» //Парадигма вищої освіти в умовах війни та глобальних викликів ХХІ століття : матеріали всеукраїнського науково-педагогічного підвищення кваліфікації, 18 липня – 28 серпня 2022 року. – Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2022. – С. 145 – 149.

2. Канівець А. Ю. Професійна діяльність та підготовка фахівців соціальної сфери: сучасні тенденції, виклики та перспективи // International scientific journal «Grail of Science» | № 7 (August, 2021) DOI 10.36074/grail-of-science.27.08.2021.050 С. 272 – 274.

3. ОСВІТА УКРАЇНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ: інформаційно-аналітичний збірник. Київ, 2022. 358 с.

4. Ткаченко І.А. Компетентнісний підхід у навчальній діяльності ВНЗ. *Young Scientist*. 2021. № 5 (93) May. С. 69 – 72.

5. Трансформаційні процеси соціально-гуманітарної сфери сучасної України в умовах війни: виклики, проблеми та перспективи: зб. Матеріалів міжнародної науково-практичної конференції, Тернопіль, 2-3 червня 2022 р. / під заг.ред.: О. Є. Гомотюк. Тернопіль: Університетська думка, 2022. 342 с.

6. Холоденко В.О. Компетентнісний підхід у вищих навчальних закладах: деякі теоретичні аспекти освітньої парадигми. *НАУКОВІ ЗАПИСКИ Серія: Педагогічні науки*. 2022. Вип. 204, С. 269-274.

7. Щубелка Н.В. Сучасна освіта в контексті парадигмальних зрушень. *Освітня аналітика України*. 2022. № 2 (18). С. 35 – 44.

8. Юрчишена Л.В. Формування нової парадигми вищої освіти: драйвери та економічна модель університетів. *Економіка і організація управління*. 2021. № 2 (42). С. 142 – 153.

## ВПЛИВ, ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ON-LINE I OFF-LINE ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

*Заброда Валерія Олександрівна,  
лікар-інтерн, фах «дитяча хірургія»,  
Тимошенко Микита Сергійович,  
лікар-інтерн, фах «дитяча хірургія»,  
Керівник Дмитряков В.О.,  
д.мед.н., професор,*

*Запорізький державний медичний університет*

**Анотація:** Мета дослідження полягає в розгляді переваг та недоліків дистанційної та очної освіти, здобуття теоретичних знань та практичних навичок в умовах кризових ситуацій, критичних станів та соціальних проблем. Оцінка ставиться на підставі анонімних опитувань групи лікарів-інтернів хірургічного профілю усіх років навчання. [1, с. 165] Проводиться аналіз суб'єктивної точки зору осіб, задіяних в конкретній галузі.

**Ключові слова:** хірургічні дисципліни, дистанційне навчання, теоретичні знання, практичні навички, орієнтування в кризових ситуаціях, бритва Оккама.

**Вступ.** Впровадження дистанційного та змішаного навчання з використанням інформаційно-комунікаційних та веб-технологій позначилося на організації навчального процесу в закладах вищої освіти та післядипломної освіти. Це також стосується підготовки медичних працівників, зокрема у викладанні хірургічних дисциплін в медичному виші в умовах пандемії коронавірусу та війни, яка має свої особливості, переваги та недоліки. Платформи Zoom та Microsoft Teams використовуються як головні засоби для організації та проведення освітнього процесу всіх рівнів та напрямків в закладах медичної освіти.[2, с. 458] Ретроспективно, в основі була підготовка спеціалістів різних напрямків та підготовка майбутніх лікарів загального профілю без акцентування уваги на певній спеціалізації і, як наслідок, викладання матеріалу несло суто теоретичний характер без залучення практичних навичок.

**Основна частина.** Головною перевагою дистанційної форми навчання є ефективне отримання знань, яке дозволяє суттєво розширити спектр доступної інформації та надає можливості для формування клінічного мислення в умовах карантину та надзвичайної ситуації. [2, с. 405] Очна частина інтернатури, яка включає в себе отримання знань більш вузьких спеціальностей, дозволяє краще орієнтуватися в різних напрямках через одномоментну доступність до багатьох джерел інформації і разом з тим економити свій час.

При цьому, не менш важливим фактором виступає безпека самого інтерна в умовах війни та стресу. Враховуючи реалії, велика територія може довгий час знаходитись під окупацією, міста отримувати статус прифронтових, а сигнали повітряної тривоги лунати по декілька годин. [3] Таким чином, згідно анонімних опитувань лікарів-інтернів хірургічного профілю різних років навчання та клінічних баз, більшість голосів віддають перевагу дистанційній формі викладання теоретичних матеріалів, лекцій та семінарів. [1, с. 165] На користь цього лікарями-інтернами приводяться наступні аргументи: частина отримує статус ВПО або біженця, через що не має змоги бути присутнім off-line на семінарах; під час сигналу повітряної тривоги викладачі мають надати безпеку лікарів-інтернів, супроводжувати їх до найближчих укриттів і після закінчення сигналу – продовжувати освітній процес, на що витрачається багато часу; дехто змушений всупереч очної частині продовжувати працювати в клінічній базі на своїй посаді через нестачу професійних «рук» відносно пацієнтів, а тому не може бути присутнім на семінарі.

Серед недоліків дистанційної форми більшість відзначають крім відсутності достовірної інформації, що відповідають сучасним протоколам, є недостатнє ефективне засвоєння практичних навичок. [2, с. 405] Таким чином, заочна частина є пріоритетною в здобутті вмінь, необхідних для роботи лікарем-спеціалістом певного профілю. Більша частина лікарів-інтернів відзначає, що теоретичні матеріали знаходяться у вільному доступі весь час, отже їхнє вивчення можна звести до самоосвіти в тому обсязі, в якому сам лікар-інтерн вважатиме за необхідне. Практичні навички, згідно опитуванню, здобуваються виключно завдяки соціальному аспекту – під час прямого спілкування з пацієнтом, ведення історій хвороб, орієнтування в стресових ситуаціях, комунікацією з персоналом, обговоренню випадків з іншими хірургами та участю в операціях. Лікарю-інтерну хірургічного профілю необхідно впродовж трьох років навчання освоїти навички оперативного втручання, методик огляду та постановки клінічного діагнозу. Демонстрації відеоматеріалів та інформаційних описів є доцільними під час навчання в університеті до здобуття

освіти для складання теоретичних іспитів, у той час як хірург має приділяти увагу саме практичним навичкам та орієнтуватися в ургентних та невідкладних станах, які потребують миттєвих рішень. Частина з опитуваних відзначають, що робота в клінічній лікарні створила для них основу для засвоєння базових навичок хірурга як для лікаря-спеціаліста. Крім того, формується доказова база щодо створення «універсального» спеціаліста, оскільки молоді лікарі здобувають навички працювати зі станами, які в мирний час є рідкісними: осколкові травми, мінно-вибухові травми, баротравми тощо. Тим паче, працюючи в умовах повітряних тривог та вибухів, де стрес слугує бритвою Оккама.

**Висновки.** Освіта лікарів-інтернів хірургічного профілю on-line є доцільною в умовах теоретичної освіти, яку, фактично, можна замінити самоосвітою, без необхідності надавати оцінку за вивчення матеріалу. Перш за все, дистанційна освіта потребує відповідальності лікаря-інтерна та сумлінне ставлення до самостійної роботи, вміння застосовувати отриману інформацію та володіти власним часом. [1, с. 165]

Освіта off-line необхідна для здобуття саме практичних навичок лікаря-хірурга, вміння орієнтуватися в клінічних випадках, диференціювати діагнози та приймати рішення щодо способу та засобів оперативного втручання. Соціальна складова відіграє важливу роль у формуванні клінічного мислення та поєднанні з теоретичними знаннями, здобутими on-line.

Список використаних джерел

1. Актуальні проблеми вищої медичної освіти і науки: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Харків, 8 квітня 2021 р.) / ред. кол.: В.А. Капустник, В.Д. Марковський, В.В. М'ясоєдов та ін. – Харків : ХНМУ, 2021. – 205 с.

2. Актуальні питання вищої медичної (фармацевтичної) освіти: виклики сьогодення та перспективи їх вирішення : матеріали XVIII Всеукр.наук.-практ. конф. в онлайн-режимі за допомогою системи microsoft teams (Тернопіль, 20–21 трав. 2021 р.) / Терноп. нац. мед. ун-т імені І. Я. Горбачевського МОЗ України. – Тернопіль : ТНМУ, 2021. – 592 с

3. Закон України «Про вищу освіту» від 01.07.2014 р. № 1556VII. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/155618>.

## СУПРОВІД ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ У ЗАКЛАДІ ВИЩОЇ ОСВІТИ В СКЛАДНИХ УМОВАХ

*Звягіна Ганна Олександрівна, к.філол.н,  
доцент кафедри культурології та українознавства,  
Потоцька Олена Іванівна, к.біол.н.,  
доцент кафедри гістології, цитології та ембріології,  
Запорізький державний медичний університет*

**Анотація.** Дослідження присвячено визначенню поняття «супровід освітнього процесу» та його компонентам. Розглянуто складні умови, що вплинули на освітній процес протягом останнього часу та зміни, цим зумовлені. Виділено нові форми роботи, які переважають під час роботи в медичному ЗВО у складних умовах.

**Ключові слова:** педагогічний супровід, складні умови, асинхронна форма.

**Annotation.** The study is devoted to the definition of the concept «educational process support» and its components. The complex conditions that affected the educational process during the last time and the changes caused by it were considered. New forms of work are highlighted. They prevail while working at a medical university in difficult conditions.

**Key words:** pedagogical support, complex conditions, asynchronous form.

Супровід освітнього процесу як явище наближений до психологічного супроводу, що вживається для позначення недирективної форми надання психологічної допомоги. Первинно це поняття пов'язане з допомогою школярам; надалі його було розповсюджено і на студентів різного типу ЗВО, де під ним розуміли адаптацію першокурсників та індивідуальну роботу з ними.

Розглядаємо термін «супровід» як спільні дії (систему, процес, вид діяльності) людей один щодо одного в їх соціальному оточенні, що здійснюються ними в часі та просторі й відповідають ролям, які їм властиві [3, с. 10]

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Проблема психолого-педагогічного супроводу особистості розглядалася в дослідженнях Н.Г. Єршової, І.А. Липського, Б.І. Серсенбаєвої, Г.І. Симонової, В.А. Шишкіної та ін. Аналіз останніх робіт свідчить, що сьогодні у психолого-педагогічній літературі найбільше приділено уваги організації психологічного і педагогічного

супроводу розвитку учнів у загальноосвітніх школах. Але недостатньо розробленим є питання про організацію і специфічні особливості супроводу в складних умовах, в т. ч. у медичних ВНЗ.

Традиційними компонентами педагогічного супроводу, взаємопов'язаними між собою, є такі, як: 1. Систематичне відстеження психолого-педагогічного статусу студента і динаміки його особистісного розвитку в процесі навчання у виші. 2. Створення психолого-педагогічних умов для розвитку особистості студентів, їх успішного навчання і професійного розвитку. 3. Створення спеціальних психолого-педагогічних умов для надання допомоги студентам, які мають проблеми в навчанні [1, с. 112].

Протягом останніх трьох років в Україні система вищої освіти отримала ряд викликів, з якими в цілому впоралася. Пандемія коронавірусу примусила педагогів змінити підхід, відійшовши від суто традиційного, аудиторного, на користь дистанційного навчання. Супровід освітнього процесу отримав нові завдання і винайшов нові способи їх розв'язання.

Стійка і напрацьована система роботи після лютого 2022 року мусила знову відгукнутися на нові обставини. Згідно з рекомендаціями Міністерства освіти і науки України [2], у Запорізькому державному медичному університеті зрештою була обрана не лише синхронна, а й асинхронна форма навчання, яка дозволила брати участь у заняттях тим, хто перебуває за кордоном, на окупованих територіях або, зрештою, не має технічної можливості приєднатись до занять.

Продумана система методичної роботи, де заняття, проведені у TEAMS, вдало доповнені онлайн-курсами із самостійної роботи та різного типу методичними матеріалами, розміщеними в командах та на SharePoint, дозволила повноцінно опрацьовувати тематичні плани семінарських та практичних занять.

Тим не менше, складним весь час залишався психологічний стан студентів. Попри суттєву допомогу психологічної служби, створеної в університеті, важливою залишалась і роль викладача, особливо для молодших курсів. Тому, на нашу думку, найважливішим завданням педагогічного супроводу залишається приділення особливої уваги психологічному стану студентів, поради, допомога.

**Висновки.** Таким чином, супровід освітнього процесу – це багаторівнева і багатовекторна взаємодія, основна функція якої полягає у допомозі із розв'язанням індивідуальних потреб суб'єкта освітньої діяльності, що сприяє його самореалізації.

Складні умови роботи, як-от, пандемія або війна, впливають в цілому на організацію освітнього процесу, змінюють форми та методи роботи. Тож як ніколи важливим для педагогів стає завдання не лише надати певні знання, а й підтримувати психологічний комфорт студентів під час занять.

#### Список використаних джерел

1. Коростіянець Т. П. Педагогічний супровід студентів в освітніх установах педагогічної вищої освіти // Інноваційна педагогіка: зб. наукових праць Причорноморського науково-дослідного інституту економіки та інновацій. Одеса, 2019 р. – Вип. 12. – С. 111-115.

2. Лист Міністерства освіти і науки України. URL: <http://mon.gov.ua/ua/npa/prozabezpechennya-psihologichnogo-suprovodu-uchasnikiv-osvitnogo-procesu-v-umovah-voyennogo-stanu-v-ukrayini> (дата звернення: 23.01.2023).

3. Психологічний супровід навчання різних категорій дорослого населення : монографія / [Помиткін Е.О., Рибалка В.В., Ігнатович О.М., Павлик Н.В., Становських З.Л., Радзімовська О.В., Татаурова-Осика Г.П., Бастун М.В., Іванова О.В., Шевенко А.М. Заєць І.В. Жмурко М.Д.] – Київ, 2019.

## ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ ПРИ ВИКЛАДАННІ НА КЛІНІЧНИХ КАФЕДРАХ

*Земляний Ярослав Вадимович, к.мед.н.,  
доцент кафедри внутрішніх хвороб І та симуляційної медицини,  
Земляна Наталія Анатоліївна,  
PHD, асистент кафедри акушерства та гінекології,  
Запорізький державний медичний університет*

**Вступ.** В умовах пандемії COVID-19 та впровадження воєнного стану дистанційне навчання стало основою надання освітніх послуг в медичних закладах вищої освіти. В таких умовах для забезпечення сфери охорони здоров'я медичними працівниками з високим рівнем підготовки необхідно впровадження ефективних методів медичної освіти, які б сприяли ефективному оволодінню теоретичними знаннями та практичними навичками [1]. Особливо це стосується

клінічних кафедр, які є ключовою ланкою підготовки майбутніх лікарів. На теперішній час розвиток інформаційних технологій та інноваційних засобів комунікації відкривають можливості для створення нових форм та підходів до медичного навчання [2].

**Основна частина.** На клінічних кафедрах Запорізького державного медичного університету в умовах карантину, спричиненого пандемією COVID-19, за короткий час створено умови для дистанційної освіти з використанням платформи MS Teams. На електронних сторінках кафедр було створено розділи, присвячені дистанційному навчанню, для україномовних та англomовних студентів. В цих розділах розміщені тематичні методичні рекомендації для підготовки до практичних занять, відеолекції викладачів та інший допоміжний матеріал. Основою проведення практичних занять на клінічних кафедрах при змішаній формі навчання є повна візуалізація освітнього процесу, що на кафедрі забезпечується використанням платформи MS Teams. Таким чином створюються умови для ефективної взаємодії студентів та викладачів в реальному часі з обговоренням теоретичних питань та вирішенням ситуаційних клінічних задач. Найбільшою проблемою дистанційного навчання майбутніх клініцистів в умовах карантину та воєнного стану є відсутність взаємодії студентів з реальними пацієнтами. Ця проблема на кафедрах Запорізького державного медичного університету вирішується за допомогою розбору віртуального пацієнта на платформі Body Interact з розбором тематичних кейсів.

**Висновки.** Таким чином, використання платформи MS Teams та Body Interact дозволяє забезпечити якісне викладання клінічних дисциплін на кафедрах Запорізького державного медичного університету. Досвід використання вищеназваних технологій дозволяє визначити перспективи розвитку дистанційного навчання в сучасних умовах.

Список використаних джерел

1. Кучин Ю. Л. Основні принципи організації дистанційного навчання медиків / Ю. В. Кучин, Л. В. Лимар // Медична освіта. – 2020. – № 1. – С. 17–37.
2. Биков Г. Ю. Інновації в організації досліджень та розробок у галузі інформаційно-комунікаційних технологій в освіті у світлі викликів XXI сторіччя // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – 2019. – Т. VIII: Психологічна теорія і технологія навчання. – Випуск 10. – С. 55-74.

## **ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ ФОРМ ЗАВДАНЬ ОНЛАЙН ПЛАТФОРМИ MICROSOFT TEAMS В НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ**

*Іванченко Олена Зенонівна,  
кандидат біологічних наук, доцент кафедри медичної фізики,  
біофізики та вищої математики  
Мельнікова Оксана Зенонівна,  
кандидат біологічних наук, доцент кафедри медичної фізики,  
біофізики та вищої математики,  
Запорізький державний медичний університет*

Однією з важливих проблем дистанційної освіти є забезпечення об'єктивного оцінювання знань і вмінь студентів. Основні труднощі вирішення цього процесу пов'язані з віддаленістю між учнями та викладачами при здійсненні контролю, що за допомогою сучасних технічних засобів може значно зменшити його ефективність. Вказана проблема може вирішуватись різними засобами: формування у студентів правильної мотивації до навчання, прагнення до академічної доброчесності, а також здійснення різних форм контролю знань і вмінь, серед яких має бути бесіда студента з викладачем. Але за сучасних воєнних умов вона не завжди може бути реалізована або не з усіма учнями групи. У зв'язку з цим завдання, які можуть бути створені за допомогою онлайн платформи Teams, служать основним засобом оцінювання набутих студентами компетентностей.

Найбільш зручною у використанні є форма завдань, що складається з певної кількості тестів. Вважають також, що тестування може бути не тільки засобом оцінювання знань і вмінь, а ще й активним інструментом, який допомагає їх набувати і зберігати [1-3]. Для цього тести можна використовувати на різних етапах заняття (навчання), а питання, що застосовуються з різною метою, повинні відрізнятися між собою. Важливо, щоб при складанні тестів, були враховані рекомендації провідних фахівців з конструювання тестових завдань, тобто вони були високоякісними, а також була забезпечена варіативність їх змісту, тобто «можливість заміни елементів завдання іншими схожими елементами, так, щоб відповіді у більшості, якщо не усіх випробуваних, були різні» [4,5].

Варіативність змісту тестів рекомендовано досягати за допомогою застосування фасетів. «Фасетом називається набір змінних елементів завдання, що представляються в фігурних дужках для випадкового вибору під час автоматизованого тестування». Автори методики підкреслюють, що цей принцип відноситься до змісту завдань, а набір відповідей має бути однаковим. Під час комп'ютерного тестування, випробуваний отримує з фасета тільки один варіант змісту завдання. Таким чином, можна скласти індивідуальне завдання для кожного студента в групі і ефективно перевірити однакові елементи любої теми, виключив можливість списування, яке є «традиційною вадою середньої і вищої школи», що загострюється в умовах дистанційної освіти.

Близькими до тестових завдань за часом виконання і ефективністю можна зробити питання відкритої форми. Вони не мають готових відповідей, їх потрібно вписати у відведеному місці (записати одним словом, цифрою, буквою, словосполученням). Відкрита форма завдань програє тестам за критерієм технологічності, а також іноді за об'єктивністю оцінювання. Проте така форма стимулює мислення студентів, покращує запам'ятовування навчального матеріалу шляхом актуалізації набутих знань і вмінь.

В їх формуванні і оцінюванні також суттєву роль в умовах дистанційної освіти можуть мати завдання на встановлення відповідності елементів одного стовпця елементам інших, на відновлення правильної послідовності подій, що призначені, насамперед, для перевірки сформованості алгоритмічного мислення та алгоритмічних знань і вмінь, навичок пізнавальної діяльності.

Таким чином, використання онлайн платформи Teams надає можливості створення різних форм завдань для формування і оцінювання знань студентів і використання їх у навчальному процесі. Важливим моментом такого використання є великий об'єм інформації, яку представляє платформа (зведені по групам результати тестування, запитання, на які часто відповідають неправильно, узагальнені графіки відповідей на кожний тест і т.п.), що служить джерелом даних для аналітики, визначення та розрахунку показників якості тестів та, за необхідністю, корегування їхнього змісту.

#### Список використаних джерел

1. Augustin M. How to learn effectively in medical school: test yourself, learn actively, and repeat in intervals. *Yale J Biol Med.* 2014;87(2):207-12. PMID: 24910566; PMCID: PMC4031794.
2. Yang BW, Razo J, Persky AM. Using Testing as a Learning Tool. *American Journal of Pharmaceutical Education*, November 2019;83(9): 7324; doi: <https://doi.org/10.5688/ajpe7324>
3. Larsen DP, Butler AC, Roediger HL 3rd. Test-enhanced learning in medical education. *MedEduc.* 2008; 42(10):959-66. doi: 10.1111/j.1365-2923.2008.03124.x. PMID: 18823514.
4. Сергієнко В.П. Методичні рекомендації зі складання тестових завдань / В.П. Сергієнко, Л.О. Кухар. – Київ : НПУ, 2011. – 41 с.
5. Конструювання тестів. Курс лекцій / Л.О. Кухар, В.П. Сергієнко. – Луцьк, 2010. – 182 с.

### ОСВІТНІЙ ПРОЦЕС НА КАФЕДРІ ФІЗКОЛОЇДНОЇ ХІМІЇ ЗДМУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

*Ісайчева Ксенія Кирилівна,  
заочний аспірант кафедри фізикоїдної хімії,  
Каплаушенко Андрій Григорович,  
д. фарм. н, професор, завідувач кафедри фізикоїдної хімії,  
Самелюк Юрій Геннадійович,  
к. фарм. н, старший викладач кафедри фізикоїдної хімії,  
Запорізький державний медичний університет*

Великих змін зазнало класичне сприйняття здобувачем освіти навчального процесу. Не стали винятком і студенти медичних та фармацевтичних вишів.

Зародив нові погляди на освітні послуги ще в 2019 році вірус COVID-19. Суть цих поглядів полягала у більш широкому сприйнятті online – формату освіти як професорсько – викладацьким складом так і здобувачами освіти. Адаптація не була миттєвою та легкою, проте представники освітян України гідно прийняли цей виклик, розробивши числену кількість підходів для належної підготовки майбутніх спеціалістів.

Проте 24 лютого поставило перед кожним Українцем ряд нових викликів, пов'язаних з військовою агресією російської федерації проти нашої держави!

Виклики, які були поставлені перед викладачами Запорізького державного медичного університету та їх вирішення, зокрема на кафедрі фізикоїдної хімії, ми з нашою командою висвітлюємо у цій доповіді.

Перший виклик який перед нами постав – це зміцнити нашу згуртованість. Згуртованість це запорука вирішення найскладніших задач! Саме тому першочергово нашою командою було прийняте рішення перемістити фокус уваги з академічних успіхів на підтримку й нормалізацію психічного стану здобувачів освіти. Складно здійснити об'єктивне оцінювання рівня знань, враховуючи обставини в яких знаходиться студент під час підготовки до занять або безпосередньо самого заняття (бо на це впливають додаткові обставини спричинені війною, зокрема: повітряні тривоги, знаходження студента в бомбосховищі, або його місцезнаходження на тимчасово окупованих територіях, тощо). Цей ряд факторів має лише один вектор, що приведе до позитивного результату – це згуртованість.

Другий виклик – це мотивація. Мотивація як здобувача освіти так і самого викладача. Через стресовий стан, спричинений війною, ми не можемо повною мірою розкрити свій потенціал, оскільки через невпевненість у сьогоднішньому дні, у завтрашньому дні нам дуже складно правильно розставляти акценти та розподіляти час. Як одну з переваг нашої професійного вектора, можна виділити користь суспільству. Корисна справа для суспільства, особливо у тяжкий час обов'язково мотивує до нових успіхів. Тому для педагогічного працівника кожен день то нова порція мотивації, тим більше для студентів медиків та фармацевтів. В умовах війни їх працю неможливо переоцінити! Саме такими принципами живе кафедра фізикоїдної хімії ЗДМУ.

І насамкінець третій виклик – це необхідність спрямувати весь накопичений досвід на організацію навчального процесу. Основою у студентів, майбутніх медиків та фармацевтів, на дисциплінах, що вони проходять на кафедрі фізикоїдної хімії ЗДМУ є лабораторний практикум. В умовах воєнного часу немає можливості бути присутніми студентам в лабораторії. Тому існує необхідність в онлайн режимі занурити студента в атмосферу, що відповідала би його робочому місцю в хімічній лабораторії. Це і сформувало низку пріоритетних напрямів у проведенні віддаленого заняття. Зокрема це візуалізація експериментальної частини, передання досвіду студентам таким чином, щоб вони змогли застосувати свої вміння після завершення пари.

В підсумку важливо відзначити що для досягнення основної мети кожного викладача та здобувача освіти, особливо в умовах воєнного часу необхідними є три основні компоненти, а саме: згуртованість, мотивація та вміння користуватись накопиченими знаннями.

Немає сумніву, що війна закінчиться перемогою України, а набутий досвід як у викладачів так і у здобувачів освіти залишиться з ними та буде працювати на благо всього Українського народу! Слава Україні!

## **РЕАЛІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ДИСЦИПЛІН ГУМАНІТАРНОГО ЦИКЛУ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ**

*Козиряцька Світлана Анатоліївна,  
кандидат наук із соціальних комунікацій, доцент,  
Запорізький державний медичний університет*

**Анотація.** У статті розглянуто виховний потенціал гуманітарних дисциплін у контексті дистанційного навчання. Зокрема, вказано, що їх виховні завдання і можливості полягають не лише у підвищенні загальної культури й освіченості, але й у формуванні суспільно-духовних цінностей, свідомої громадянської позиції, уявлень про національну ідентичність, інформаційну культуру, визначенні інтелектуальних орієнтирів. Для цього доцільним визначено використання активних методів навчання, які стимулюють самостійне та критичне мислення, зокрема дискусій, «круглих столів», проблемно-пізнавальних завдань; використання аудіовізуальних матеріалів, що спонукають до аналізу та переосмислення.

**Abstract.** The article researches the educational potential of humanitarian disciplines in the context of distance education. In particular, their educational tasks and potential consist not only in raising general culture and education, but also in the formation of social and moral values, conscious citizenship, ideas about national identity, information culture, and the define of intellectual landmarks. The use of active learning methods for this purpose is very important, because they stimulate independent and critical thinking, in particular discussions, problem-cognitive tasks; the use of audiovisual materials that encourage analysis and rethinking.

Сучасна вища освіта, починаючи з 2020 року (спочатку через пандемію, а далі – через воєнні дії в Україні), змінила вектор свого існування та переорієнтувалась переважно на сферу дистанційного навчання. Відтак, завданням викладача вищої школи стало, з одного боку, оптимальне застосування тих засобів навчання, які характеризуються найбільшим дидактичним

потенціалом, а також усього різноманіття форм і методів вивчення навчальних дисциплін, які можуть бути продуктивними в умовах дистанційної освіти; з іншого боку, – пошук способів реалізації виховного компонента під час викладання дисциплін (особливо дисциплін гуманітарного спрямування) у закладах вищої освіти.

На думку дослідників (В. Козьма, Н. Курбан, В. Лозовий), вища освіта має бути засобом професійного розвитку та самовдосконалення, що неможливе без гуманітарних дисциплін, адже, наприклад, вивчення української мови формує «систему суспільно-духовних цінностей і національну картину світу, передає новим поколінням ключові уявлення про національну ідентичність» [4, с. 5]; знання з історії, філософії, політології забезпечують оволодіння сучасною політичною культурою [2, с. 138] та й загалом рівень гуманітарного знання майбутнього фахівця безпосередньо впливає на його загальну культуру й освіченість [3, с. 175].

Відзначимо, що сьогодні світ зазнає значних трансформацій (глобалізація, загальнокультурні перетворення, тотальна інформатизація та медіанасиченість середовища, маніпулятивні впливи соціуму та деструктивні смислові інтервенції у формування національного наративу), а це, у свою чергу, накреслює перед системою вищої освіти проблему виховання молоді, здатної не лише навчатись, здобувати навички й формувати необхідні компетенції, але й здійснювати критичний аналіз, адекватно осмислювати виклики сучасності, самовдосконалюватись, а також здатної до усвідомлення своєї національної ідентичності, формування системи цінностей, свідомої громадянської позиції, інформаційної культури. При цьому залишається актуальним застосування особистісно-орієнтованого підходу, оскільки «нова модель людського існування полягає в зміні пріоритетів, в центрі уваги яких постає особистість, її всебічний розвиток, культура та професіоналізм» [3, с. 174].

Значний потенціал у цьому розумінні мають такі гуманітарні дисципліни, як «Українська мова (за професійним спрямуванням)», «Історія України та української культури», «Філософія», «Етика», «Основи християнської етики і моралі» та ін. На нашу думку, у ході дистанційного навчання важливо підхоплювати позитивні тенденції, які виявляє сучасна молодь у контексті сучасних подій: це і принциповий перехід на українську мову у спілкуванні, і бажання збагнути суть і значення історичних подій від часів Київської Русі і до сучасності, і прагнення до розуміння загальнонаціональної ідеї. Тому важливим у навчально-виховному процесі стає формування інтелектуальних орієнтирів, мовно-культурного простору, реставрації історичної пам'яті як основоположних критеріїв національної ідентифікації.

Варто відзначити, що самоусвідомлення, національна ідентифікація спираються з-поміж іншого на ціннісні характеристики, які базуються на системі знань з мови, історії, культури. Як вважає С. Яременко, з думкою якої ми погоджуємось, «мова <...> оберіг та ретранслятор духовних цінностей, виразник менталітету, характеру, національних рис народу. Мова є засобом пізнання світу й самопізнання, скарбницею історичної пам'яті народу, його ідеалів, моралі й етики, історичної долі...» [6, с. 142]. Зважаючи на недавні мовні дискусії в публічному просторі щодо затвердження нової редакції правопису, що за своєю суттю було відновленням історичної справедливості та поверненням до української фонетичної традиції, важливо допомогти подолати стереотипи, які до цього часу існують у суспільній свідомості з приводу слововживання чи фонетичних особливостей.

Сучасна молодь є надзвичайно мобільною, відкритою до нової, незаангажованої інформації, однак, незважаючи на це, вона іноді потрапляє у викривлений дискурс недавньої реальності, у якому все ще було чути відгомін колоніального минулого, коли українській мові, культурі надавалось ризик вторинності. У цьому контексті доречною є думка української дослідниці І. Петренко яка зауважує, що «при формуванні національної свідомості важливо не були ізольованими, а навпаки, нести українську національну ідею у різні суспільства, країни та культури. Це сприяє формуванню у студентів національної позиції, гідності, почуття гордості за досягнення і роль українського народу у світовій історії, а також долає комплекс меншовартості» [5, с. 209]. Тому так важливі знання історії власного народу, історії української мови, української культури, адже вони мають безперечний виховний потенціал, оскільки стають підґрунтям для переконань студентської молоді, впливають на її світогляд, формують політичну культуру, пробуджують патріотизм. У нинішніх умовах відстоювання української державності це є своєчасним та актуальним.

Особливого значення також набуває формування інформаційної культури студентської спільноти у взаємозв'язку з такими поняттями, як «інформаційна безпека», «інформаційна гігієна», оскільки одним із аспектів інформаційного суспільства є вільний доступ до інформації, а



дистанційне навчання ініціює її пошук не завжди у традиційних підручниках, а й в Інтернеті, де це можна зробити швидше, однак на шкоду її достовірності і правдивості. У Мережі існує не лише навчальний контент, а й безліч фейків та міфів для приваблення потенційних реципієнтів (відвідувачів ресурсів). Відтак, важливим є вироблення вміння здійснювати зіставлення й перевірку матеріалів, розвиток критичного мислення, формування понятійної системи, що забезпечить необхідну базу знань, а отже, дасть змогу протистояти маніпулятивним впливам та сприятиме зростанню інтелектуального потенціалу особистості.

Зауважимо, що однією з проблем дистанційного навчання є те, що викладачеві важко повною мірою «відчувати» аудиторію, оскільки відсутній безпосередній контакт і неможливо «прочитати» емоції реципієнтів, однак важливо навчитися виокремлювати тези, події, погляди, які, з одного боку, будуть цікавими студентській спільноті, виходячи з того, що студенти першого курсу – це «вчорашні» підлітки, яких приваблює щось нове й незвичне (як-то розвінчання міфів, руйнування стереотипів), а з іншого боку, дадуть змогу проводити прямі паралелі із сучасними подіями, спонукаючи до аналізу, переосмислення, реалізуючи тим самим виховні завдання історії.

У цьому контексті вбачаємо доречним застосування активних методів навчання, які стимулюють самостійне та критичне мислення, зокрема дискусій, «круглих столів», проблемно-пізнавальних завдань на основі аналізу документів тощо, а також в умовах вимушеного онлайн-навчання – використання аудіовізуальних матеріалів, що активізують інтерес до матеріалу та сприяють кращому його засвоєнню. Українська дослідниця О. Воскобій з цього приводу слушно зауважує, що «з інтенсивним розвитком освітніх технологій система викладання поступово набуває нових рис, де панівна роль насамперед відводиться методам і прийомам, що передбачають активну участь студента у процесі опанування навчального матеріалу. Така система навчання <...> є найбільш актуальною саме для дисциплін соціально-гуманітарного циклу, оскільки активні інтерактивні методики сприяють розвитку світогляду особистості, її творчого потенціалу, мотивації, ціннісних орієнтирів, інтересів та потреб» [1].

Відтак, викладання дисциплін «Історія України та української культури», «Українська мова (за професійним спрямуванням)» забезпечує не лише здобуття знань, але й формує систему понять і цінностей, створює єдине смислове поле та оцінний простір для студентської спільноти, інтелектуальні орієнтири, які сприяють розумінню загальнонаціональної ідеї, розвитку громадянських компетенцій. Поєднання в навчальному процесі ЗВО гуманітарної та професійної складових сприяє розвитку грамотності, мовленнєвих компетенцій, загальної освіченості, підвищенню культурного рівня, пробуджує прагнення до самовдосконалення.

Таким чином, виховні завдання гуманітарних дисциплін полягають у соціальному та духовно-моральному розвитку, формуванні соціальної відповідальності, відчуття національної ідентичності, політичної культури тощо.

#### Список використаних джерел

1. Воскобій О. Сучасні підходи до викладання соціально-гуманітарних дисциплін у вищих юридичних навчальних закладах. URL: <http://oldconf.neasmo.org.ua/node/1281>
2. Козьма В. Гуманітаризація вищої школи та роль викладача в процесі формування політичної культури молоді. *Наукові записки Інституту політичних і етнонаціональних досліджень ім. І. Ф. Кураса*. 2012. Вип. 4. С. 135–141.
3. Курбан Н. Значення гуманітарних дисциплін у навчальному процесі менеджерів-економістів. *Гуманітарна складова вищої освіти: досвід і проблеми*: матеріали Міжнародної наукової інтернет-конференції, Київ, 29 травня 2018 р. Київ : НУХТ, 2018. 216 с.
4. Лозовий В. Роль гуманітарної освіти у формуванні національної ідентичності та консолідації суспільства в умовах суспільно-політичної кризи в Україні. *Гуманітарна освіта у вищій школі: історичний досвід, проблеми та перспективи*. Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2018. С. 3–8.
5. Петренко І. Вплив гуманітарних дисциплін у вищій школі на виховання майбутніх громадян. *Гуманітарна складова вищої освіти: досвід і проблеми* : матеріали Міжнародної наукової інтернет-конференції, Київ, 29 травня 2018 р. Київ : НУХТ, 2018. 216 с.
6. Яременко С. Мова як чинник національної самоідентифікації та патріотичного виховання сучасно молоді. *Гуманітарна складова вищої освіти: досвід і проблеми* : матеріали Міжнародної наукової інтернет-конференції, Київ, 29 травня 2018 р. Київ : НУХТ, 2018. 216 с.

## ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ

*Кришталь Вероніка Михайлівна,  
аспірантка кафедри патофізіології з курсом нормальної фізіології,  
науковий керівник – Утюж І. Г., д.філос.н., професор,  
завідувач кафедри суспільних дисциплін,  
Запорізький державний медичний університет*

Як спроба знищення незалежності України військове вторгнення російської федерації завдало потужного удару по великій кількості об'єктів соціальної інфраструктури, позбавляючи українців можливості отримати доступ до якісної освіти та медицини. Враховуючи проблеми в економіці країни, величезні збитки та життєву небезпеку при підготовці спеціаліста в галузі медицини у вищій освіті навчальний процес повинен бути приведений у відповідність до потреб воюючої держави та держави з постійною загрозою.

Серед головних викликів до формування професійних компетенцій під час воєнного стану в Україні постають: організація дистанційного навчання й переведення його у синхронний та асинхронний режими з використанням онлайн-сервісів Zoom, Google Classroom, стаціонарних і мобільних засобів у форматі й часі, зручному для здобувачів вищої освіти; запровадження онлайн консультацій та індивідуального навчання студентів для кращого засвоєння ними матеріалу з навчальних дисциплін й усіх видів навчальних практик; долучення студентів із закладів вищої освіти, які тимчасово припинили освітній процес, до академічних груп із вивчення певних навчальних дисциплін у своєму університеті; передбачити внутрішню освітньо-наукову мобільність як інструмент швидкого реагування на зміни та створення умов для його збереження [1, с. 9].

Формування належних професійних компетенцій студентів, зумовлена не лише складним суспільно-політичним становищем України, але й її вступом до Європейського Союзу. Поступове переймання європейської політики, економіки, а також культурної спадщини, призвели до зміни характеру праці спеціалістів і, як наслідок, збільшення вимог та нових завдань до освітнього рівня підготовки фахівців у вищій школі [2, с. 91]. Наразі ЮНЕСКО визначає освіту як «рушійну силу та каталізатор соціально-економічного, політичного, екологічного стійкого та інклюзивного розвитку, спрямованого на подолання витривалої нерівності та владної асиметрії серед індивідуумів та соціальних груп» [3, с. 4].

За даними Всесвітнього Економічного форуму до 2025 року має відбутися переорієнтація ключових професійних навичок фахівців різних сфер, насамперед керівників підприємств, установ і організацій, у т. ч. й у сфері освіти. У десятку найважливіших навичок, окрім принципово нових – цифрових (таких як: використання, моніторинг і контроль технологій, технологічний дизайн і програмування), – до списку потрапили навички аналітичного мислення та інноваційності, комплексного вирішення проблем, критичного мислення, оригінальності та ініціативи, а також, що, надзвичайно важливо, за теперішніх умов, – навички самоконтролю (стійкість, опірність стресам, гнучкість та вміння взаємодіяти з іншими, що передбачає лідерство та соціальний вплив) [4].

Професійна компетенція, як обов'язкова складова професіоналізму, розвивається через набуті знання та вміння, самовдосконалення, особистісні якості і здібності та творчий розвиток особистості. Діяльність викладача повинна бути спрямована на створення відповідних умов для забезпечення формування професійної майстерності студентів. Метою професійної підготовки фахівців є досягнення професіоналізму через здобуття необхідних компетенцій та розкриття творчого потенціалу [5, с. 44].

Постають потреби забезпечення імплементації стандартів відповідальних досліджень та інновацій (Responsible Research and Innovation – RRI) та відкритої науки (Open Science – OS) як пріоритетних напрямів та механізмів звільнення української науки від російського впливу, створення умов для розбудови ефективної та прогресивної національної дослідницької системи, прискорення її інтеграції у європейський та світовий дослідницький простір, посилення спроможності української науки до якісного та ефективного виконання нею завдань наукового обґрунтування напрямів і шляхів забезпечення сталого розвитку суспільства, наукового забезпечення належного врядування для перемоги України у війні з Росією та розбудови у повоєнний період [1, с. 16].

Питання формування моделі післявоєнного майбутнього є невід'ємним завданням щодо зміцнення установок консолідації суспільства та ціннісних структур ідентичності, які мають посісти належне місце у новому стратегічному дизайні України [6, с. 107].

Отже, в умовах постійної воєнної загрози, структурного оновлення та системної модернізації національної політики, забезпечення синергії освітнього процесу, як чинника формування людського потенціалу нації та розвитку наукових досліджень, для України важливим є усвідомлення важливості формування професійних компетенцій медичних працівників та формування людського інноваційного потенціалу, науковотехнологічного забезпечення структурної перебудови та розвитку економіки на нових засадах в галузі медичної освіти.

Список використаних джерел

1. Резолюція Всеукраїнської науково-практичної конференції «Публічне управління та адміністрування в умовах війни і в поствоєнний період в Україні». Публічне управління та адміністрування в умовах війни і в поствоєнний період в Україні : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., том II, м. Київ, ДЗВО «Університет менеджменту освіти» НАПН України, 15-28 квітня 2022 р. - с. 246.

2. Орел-Халік Ю.В., Кришталь В.М. Науково-дослідна діяльність як форма розвитку професійної компетентності студентів. Пріоритети розвитку педагогічних та психологічних наук у XXI столітті: Збірник наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції: (18-19 березня 2016 р., м. Одеса). – Одеса: ГО «Південна фундація педагогіки», 2016. – 136 с.

3. The role of Civil Society Organisations in 2050 and beyond, March 2021. URL: [https://en.unesco.org/system/files/the\\_role\\_of\\_csos\\_in\\_2050\\_and\\_beyond.pdf](https://en.unesco.org/system/files/the_role_of_csos_in_2050_and_beyond.pdf).

4. Світовий Економічний Форум назвав топ-10 навичок майбутнього. URL: <https://osvitoria.media/news/svitovyj-ekonomichnyj-forum-nazvav-top-10-navychok-majbutnogo/> (дата звернення: 24.11.2022).

5. Орел-Халік Ю.В., Кришталь В.М. формування професійної компетентності майбутніх лікарів у вищому навчальному закладі. Тенденції розвитку психології та педагогіки: матеріали міжнародної науковопрактичної конференції (м. Київ, Україна, 6-7 листопада, 2015). – К.: ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2015. – 140с.

6. Валевський О.Л. Роль культури у формуванні національної консолідації в сучасних умовах. Публічне управління та адміністрування в умовах війни і в поствоєнний період в Україні : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., том II, м. Київ, ДЗВО «Університет менеджменту освіти» НАПН України, 15-28 квітня 2022 р. - с. 246.

### **ЗМІНА ПІДХОДІВ У ВИРІШЕННІ ПРОБЛЕМИ ПІДВИЩЕННЯ ПОКАЗНИКА ЯКІСНОЇ УСПІШНОСТІ З ДИСЦИПЛІНИ «БІОЛОГІЧНА ХІМІЯ» У СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «МЕДИЦИНА» ПРИ ДИСТАНЦІЙНІЙ ФОРМІ НАВЧАННЯ**

*Крісанова Наталія Вікторівна,*

*канд. біол. наук, доцент,*

*Іванченко Дмитро Григорович,*

*д-р фарм. наук, доцент,*

*Рудько Наталія Петрівна,*

*канд. біол. наук, ст. викладач,*

*Черчесова Олександра Юріївна,*

*канд. фарм. наук, ст. викладач,*

*Запорізький державний медичний університет*

Для викладачів будь-якої навчальної дисципліни важливо досягти кінцевих цілей навчання, які визначають за результатами якісної успішності студентів. Питання підготовки висококваліфікованих кадрів має першочергове значення незалежно від того, чи викладається дисципліна природничо-наукового циклу у 1-3 роки навчання, чи це дисципліна, що визначає вузьку професійну діяльність майбутнього фахівця в галузі медицини. В умовах існуючої змішаної форми навчального процесу в медичних закладах вищої освіти, коли відсоток дистанційної форми викладання дисциплін дуже великий (це стосується, перш за все, дисциплін 1-2 років навчання на медичному факультеті), обов'язково виникають питання: як зберегти високим показник якісної успішності студентів? Як підвищити мотивацію студентів у вивченні дуже складних питань, які наведені у дисципліні «Біологічна хімія», але ці питання є дуже корисними для розуміння майбутнім лікарем клінічних проблем пацієнтів?

Колектив кафедри біологічної хімії ЗДМУ чітко розуміє, враховуючи особливості проведення навчального процесу дистанційно, що назріла потреба у проведенні інтерактивних лекцій з біологічної хімії, які включають можливість дискусії, використання відеоматеріалів, мозковий штурм, мотиваційне мовлення. Сучасні інформаційні технології справді допомагають

викладачеві використовувати у плані проведення лекції відеоматеріали, виділити час на мотиваційну мову. Але створити умови для дискусії, провести мозковий штурм – ці дії вимагають від лектора високої компетентності з питань, що викладаються, чіткого тимчасового планування лекції, вміння швидко реагувати на можливі та несподівані проблеми, які можуть з'явитися протягом лекції. Нажаль, в існуючій робочій програмі дисципліни «Біологічна хімія» на лекції відведено тільки 32 академічні години. І це занадто мало часу, щоб викласти, використовуючи інтерактивні лекції, величезну кількість новітніх наукових фактів щодо досліджень біохімії людини та біохімії мікроорганізмів, що викликають розвиток захворювань. Крім цього, постійно існує дилема: у лекційному матеріалі висвітлювати фундаментальні питання предмета чи акцентувати виклад навчального матеріалу, базуючись на останніх світових досягненнях біохімічних досліджень? На жаль, рівень базової підготовки студентів з органічної хімії, з інших дисциплін природничо-наукового циклу залишає бажати кращого, тому у вирішенні цього питання доводиться шукати «золоту» середину.

Проведення практичних занять з біологічної хімії в умовах дистанційної форми навчального процесу також має свої особливості і відмінності в порівнянні з навчальною роботою в режимі off-line. Наразі гостро стоїть проблема якості інтернет-зв'язку, проблема забезпечення електроенергією (наслідки агресії Росії), що впливає на якість навчального процесу. Тому в цих умовах головна мета для викладачів – це створення таких завдань для самостійної роботи студентів, які забезпечують мотиваційний настрій студентів на набуття знань, спонукають до роботи з результатами сучасних наукових досягнень з питання, що вивчається, а результати роботи дають студенту самозадоволення. Викладачі кафедри біохімії ЗДМУ активно застосовують при створенні таких завдань програмний набір інструментів Microsoft 365 [1] (таких як SharePoint, Stream, Forms, OneNote та інші). В цих завданнях не тільки створення умов для візуалізації надскладних біохімічних процесів, молекулярних механізмів їх регуляції з метою полегшення засвоєння навчального матеріалу. Викладачі приділяють велику увагу на створення ситуаційних задач, які містять інформацію про застосування різноманітних біохімічних показників крові, сечі, інших біологічних рідин в діагностиці патологічних станів. При цьому акцентується не тільки те, як змінюється біохімічний показник при розвитку патологічного стану, завдання перевіряє місце утворення цього показника в організмі людини, знання про метаболічні шляхи, які з ним пов'язані, про можливі фактори впливу на механізм утворення цього показника. Якщо студент вміє вирішувати такі завдання, то ми розуміємо, що одна зі складових рис майбутнього фахівця у галузі медицини вже сформована.

Список використаних джерел

1. Іванькова Н. А. Алгоритм формування групового та персонального навчального середовища засобами структурування освітнього простору університету на базі сервісів MS Office365 та MS Teams / Н. А. Іванькова, О. А. Рижов, О. І. Андросов // Open educational e-environment of modern University. – 2020. – № 9. – С. 26-40.

## **ЖАНР ІНТЕРВ'Ю ЯК ЕФЕКТИВНИЙ ІНСТРУМЕНТ ОТРИМАННЯ СТУДЕНТАМИ ІНФОРМАЦІЇ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО Й АСИНХРОННОГО НАВЧАННЯ**

*Крупей Кристина Сергіївна,  
к. біол. н., ст. викладач,*

*Деген Анна Сергіївна, асистент,*

*Кравченко Гліб Володимирович, студент 3-го курсу,  
кафедра мікробіології, вірусології та імунології,  
Запорізький державний медичний університет*

До основних видів навчальних занять (лекції, лабораторні, практичні, семінарські, індивідуальні заняття, консультації) в умовах дистанційної освіти особливої актуальності набули відеолекції та відеоролики, де викладач демонструє техніки відтворення певних лабораторних досліджень. Ці види навчальних занять мають низку переваг у порівнянні з традиційними формами навчання: по-перше, студент має постійний доступ до матеріалу та можливість завантаження / багаторазового перегляду / зупинки відео для осмислення сприйнятої інформації, по-друге, перегляд відеолекції не обмежується зоровим сприйняттям, оскільки водночас глядач прослуховує усне мовлення лектора. Проте ефективне засвоєння студентами навчального матеріалу та його розуміння залежить не тільки від педагогічної майстерності й вправного володіння викладачем невербальними засобами спілкування, але й від якості відеоконтенту. Створення наочних та

інформативних відеороликів потребує певного технічного оснащення, умінь та навичок з монтажу відеоряду й, найголовніше, часу викладача. Співробітники кафедри мікробіології, вірусології та імунології ЗДМУ займаються розробкою навчальних відеороликів для студентів медичних і міжнародних факультетів. Станом на січень 2023 року на відеохостингу розміщено 62 відеофільми [4].

У сучасних умовах воєнного стану та пандемії COVID-19 актуальним є не тільки використання у дистанційному навчанні певних видів занять (відео-, аудіоконференції, текстовий формат), але і якісна підготовка викладачем матеріалів для асинхронного навчання. Окрім вищезазначених відеофільмів, які студенти можуть використовувати для самостійного опанування матеріалом, пропонуємо також використовувати для дистанційного та асинхронного навчання різні формати інтерв'ю викладачів. Сьогодні інтерв'ю є не тільки інструментом отримання інформації, але й одним із найпопулярніших жанрів [3, с. 65].

Інтерв'ю – це сфокусована бесіда респондента та інтерв'юера, протягом якої респондент відповідає на поставлені йому запитання [1, с. 28]. Викладачі кафедри мікробіології, вірусології та імунології ЗДМУ беруть активну участь в обговоренні актуальних питань науки на місцевих і регіональних телеканалах та надають інтерв'ю різних видів (структуровані, напівструктуровані, неструктуровані), які за формою / кількістю мовників класифікуються як інтерв'ю-монологи, -діалоги й -полілоги [5 – 8]. Залежно від способу спілкування і форми викладу журналістом розмови, яка відбулася, науково-педагогічні співробітники кафедри брали також участь в наукових інтерв'ю-роздумах (розгорнутий коментар до проблеми), які видавалися в газетах [2]. Студенти проявляють більший інтерес до перегляду інтерв'ю викладачів кафедри університету ніж незнайомих науковців, що значно посилює інтерес до навчання й активізує мисленнєві процеси. На відеоконференціях протягом практичного заняття викладачі приділяють 10-15 хв часу для обговорення поточного випуску, студенти порівнюють різні точки зору спікерів-науковців / держслужбовців / громадських діячів тощо (якщо у викладача було інтерв'ю-діалог / полілог), висловлюються щодо цілісної картини та тенденцій матеріалу, який переглянули. Ми помітили, що найкращі результати у жвавому обговоренні зі студентами наукових виступів викладачів на заняттях є структуровані й напівструктуровані інтерв'ю, хоч вони потребують від викладача більше часу та зусиль при підготовці й виступі. Також ми вважаємо, що залучення студентів до активної участі в наукових інтерв'ю для телепередач, дозволить не тільки ефективно розвивати комунікативну компетентність майбутніх фахівців, але й може надати стимул для інших здобувачів вищої медичної освіти розвивати навички з ефективного спілкування [9]. Досвід наукових інтерв'ювань допоможе студентам створити власний імідж та успішну самопрезентацію, а також удосконалив власні знання про самого себе та навички саморегуляції. Перегляд телепередач за участі студентів покращить та зміцнить довіру людей до молодих лікарів та переконає майбутніх пацієнтів у їх професійній компетентності.

#### Список використаних джерел

1. Ібрагімова І.М. Вивчення потреб у навчанні та розвитку. Посібник / під заг. ред. Гриб О.К. К. : Проект «Доступна та якісна правова допомога в Україні», 2019. 50 с. Режим доступу: <https://qala-project-1.gitbook.io/vivchennya-potreb-u-navchann-ta-profes-jnomu-rozvi>, вільний. Дата публікації: 01.08.2019.
2. Газета ІЗ «Індустріалка». Як запоріжцям убезпечити себе від ГРВІ та грипу – з чого і коли розпочати профілактику / Рубрика «Запоріжжя. Здоров'я» (коментар к.б.н., ст. викладачка ЗДМУ Кристина Крупей). Дата – 30.08.2022 р. Режим доступу: <http://iz.com.ua/zaporoje/yak-zaporizhtsyam-ubezpechiti-sebe-vid-grvi-ta-gripu-z-chogo-i-koli-rozpochati-profilaktiku>
3. Казімова Ю. До поняття формату жанру інтерв'ю у журналістиці. *Вісник національного університету «Львівська політехніка»*. Серія: *Журналістські науки*. 2018. Вип. 2, № 896. С. 65-69. <https://doi.org/10.23939/sjs2018.01.065>
4. Крупей К.С. YouTube-канал «Мікробіологія, вірусологія та імунологія». Режим доступу: <https://www.youtube.com/@KrupieiKrystyna/videos>
5. Програма «Середовище 3». Випуск 107. Тема: «Царство грибів: у яких відносинах воно з людством?» від 02.02.2022 р. Режим доступу: <https://youtu.be/ssl2dCyV3bc>
6. Програма «Екофактор» на телеканал МТМ від 06.10.22 р. (Частина 2). Тема: «Життєво важливі поради по збереженню здоров'я під час війни». Режим доступу: <https://youtu.be/GFcgRX9zmI>

7. Програма «День». Тема 24.01.2022 р. Тема : «Бустерна вакцинація. Гість у студії К. Крупей». Режим доступу: [https://youtu.be/nQGpK\\_VMTkA](https://youtu.be/nQGpK_VMTkA)

8. Програма «Суспільний запит» на ТВ5 від 21.05.2021 р. Тема: «Ковідні питання». Режим доступу: <https://youtu.be/clGSnkZRgag>

9. Програма «Екофактор» на телеканалі МТМ від 17.11.2022 р. Тема: «Як очистити непитну воду». Спікери – ст. викладач ЗДМУ Кристина Крупей, студент ЗДМУ Гліб Кравченко. Режим доступу: <https://youtu.be/PJAd4i2RbVI>

## **ДИСТАНЦІЙНЕ ВИКЛАДАННЯ ФІЛОСОФІЇ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ**

*Кулакова Оксана Миколаївна,  
кандидат культурології, доцент,  
доцент кафедри філософії та соціології,  
Національний фармацевтичний університет, м. Харків*

Сьогодні технологія дистанційного навчання використовується у вищих освітніх закладах, а також для підвищення кваліфікації та перепідготовки. Це дозволяє врахувати індивідуальні здібності, потреби, темперамент і зайнятість студента, який може вивчати освітню програму в будь-якій послідовності та темпі та має можливість спілкуватися з викладачем по телефону, електронною поштою. Також дуже корисна очна бесіда для тих викладачів, які мають адаптуватися до нових форм і методів навчання.

Дистанційне навчання – це нова організація навчального процесу, заснована на принципах самостійної роботи студента. Навчальне середовище характеризується тим, що студенти часто віддалені від викладача в просторі чи часі, але вони мають можливість вести діалог у будь-який час за допомогою телекомунікацій.

Розвиток сучасних інформаційних технологій веде до модернізації системи освіти. Суть такої модернізації знайшла своє відображення в концепції дистанційної освіти, яка завдяки такому глобальному явищу, як Інтернет, охопила значну частину суспільства і стала одним із важливих факторів його розвитку.

Для закладів вищої освіти, особливо стосовно суспільствознавчої галузі, дистанційні курси пропонують кілька освітніх платформ. Найбільшою популярністю користуються Prometheus, TeachHub, EdEra, Всеосвіта.

Дистанційне навчання, як особливий метод навчання в організації освітнього простору, характеризується застосуванням конкретної стратегії та тактики взаємодії студентів з новими знаннями. Це створює навчальне інформаційне середовище, яке охоплює джерела комп'ютерної інформації, електронні бібліотеки, відео та аудіотехніку, засоби навчання тощо. Це дозволяє студентам опанувати знання як самостійно, так і під керівництвом викладача, двостороннє спілкуватися з великою кількістю користувачів, діяльність яких відстежується і контролюється.

Дистанційне навчання може бути послідовним і паралельним або самостійним фрагментом у системі освіти. При послідовному дистанційному навчанні є компенсуюча підготовка до очної та дистанційної форми навчання, що повинна впроваджуватися в навчальний процес. Паралельне – це дистанційне навчання, яке виконує ілюстративну, навчальну та контрольну функції.

Самостійне навчання використовується для вивчення окремої дисципліни або всього курсу, наприклад філософії. Тому дистанційна освіта вважається особливою освітньою технологією, яка заснована на використанні відкритого навчання із застосуванням сучасних телекомунікацій для спілкування в інформаційному просторі. Ця технологія доречна для навчання на заочній формі, екстерні та денної форми навчання під час військового стану й надає можливість модифікувати традиційні види занять, організувати самодіяльність студентів в особливих умовах.

Водночас специфіка дисциплін соціогуманітарного блоку, і зокрема філософії, створює незамінні і, здавалося б, непереборні перешкоди для цифрової та дистанційної освіти з цих дисциплін. Саме ядро філософського знання, сама природа філософії робить неодмінною потребою особистий контакт, тобто живий контакт викладача і аудиторії, міжособистісну дискусію, в якій з'являються нові й актуалізовані існуючі думки. Згідно І. Канта, філософія не має сенсу, якщо вона зводиться до заучування певного набору тверджень, понять і концепцій. Засвоєння теоретичного матеріалу слугує лише необхідною умовою досягнення мети, але не є самою метою. Метою є

формування мислячої людини. Досягнення цієї мети вимагає, звичайно ж, засвоєння низки філософських категорій, ідей, підходів – і цьому дистанційні методи навчання можуть значно посприяти. Але всього цього недостатньо, якщо ці знання залишаються лише агрегатом ретельно засвоєної інформації, і не відбувається якісний стрибок – вироблення у студента навичок критичного мислення. А останнє неможливо без творчого залучення до колективного розумового процесу у навчальній аудиторії.

Дистанційне навчання дає можливість запровадити інтерактивні технології у навчальний процес. Дає змогу слухачеві (студенту) отримати повноцінну вищу освіту чи підвищити кваліфікацію. Зокрема, виокремлюємо низку переваг, таких як гнучкість, актуальність, зручність, модульність, економічна ефективність, інтерактивність та інтернаціональність. Треба враховувати, що завдяки ефективному використанню навчальних інструментів, легкому коректуванню електронних навчальних матеріалів та їх широкій доступності дистанційне навчання значно дешевше традиційного.

Таким чином, дистанційне навчання надає студентам цілодобовий доступ до навчальних матеріалів, регулярну підтримку та консультації навчально-педагогічного складу вишів, онлайн-відеолекції та інші технологічні рішення для забезпечення ефективного та якісного процесу навчання. Проте, водночас, залишається найважливішим і найскладнішим завданням дистанційної моделі навчання – зміна особистісного ставлення як викладача, так і студента до самоосвіти та саморозвитку: потреба проходження через репродуктивну систему, підхід до навчання для розвитку продуктивної творчої розумової діяльності. Тому дистанційне навчання як цінний освітній ресурс можна і потрібно продуктивно використовувати в процесі викладання соціально-гуманітарних дисциплін. Та важливо не витіснити найбільш традиційні, перевірені століттями методи викладання філософії у закладі вищої освіти.

### **САМОСТІЙНА РОБОТА ФАРМАЦЕВТІВ-ІНТЕРНІВ З ДИСЦИПЛІНИ «СТАНДАРТИЗАЦІЯ ТА СЕРТИФІКАЦІЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ» В УМОВАХ ON-LINE НАВЧАННЯ**

*Мазулін Олександр Владиленич,  
доктор фармацевтичних наук,  
професор, професор кафедри клінічної фармації,  
фармакотерапії, фармакогнозії та фармацевтичної хімії,  
Запорізький державний медичний університет*

Навчання в інтернатурі є обов'язковою формою післядипломної освіти фармацевтів. Інтенсивне впровадження сучасних on-line технологій навчання у системі вищої освіти потребує суттєвого підвищення вимог до ефективності та якості цього процесу, змін у взаємодії викладача з певним контингентом учнів.

Однією з провідних дисциплін при цьому є «Якість, стандартизація та сертифікація лікарських засобів» для дослідження сировини та препаратів синтетичного та природного походження. Фармацефти-інтерни при цьому повинні засвоїти питання теоретичного обґрунтування та практичного застосування нових методів хімічного та фізико-хімічного аналізу в сучасному контролі їх якості.

Потрібне всебічне підвищення ролі самостійної роботи фармацевта-інтерна в отриманні необхідного рівня знань під час проведення навчального процесу та підготовці до Крок-3. Він потребує докорінних змін спілкування інтернів з викладачем під час проведення лекцій, практичних та семінарських занять.

Сучасні інформаційні on-line технології та дистанційне навчання є важливим елементом розвитку глобального освітнього простору, особливо у надзвичайних епідеміологічних умовах або воєнного стану.

Найважливішу роль має активна участь обох сторін у навчальному процесі, широке та постійне застосування спеціалізованих сервісів для пошуку та опанування відповідною інформацією для самостійного навчання.

Дистанційні освітні on-line технології у програмі Microsoft Teams дозволяють фармацевту-інтерну активно засвоювати учбовий матеріал з контролем якості цього процесу з боку викладача. Найбільш доцільно на нашу думку для самостійного опанування деякими розділами дисципліни застосовувати дистанційні технології у формі on-line курсів за вибором.

Для засвоєння відповідного інформаційного матеріалу фармацевтам-інтернам потрібен активний постійний діалог з викладачем за допомогою засобів дистанційного навчання та корпоративної пошти. На жаль сучасною типовою робочою програмою дисципліни передбачено викладання тільки основних положень з питань якості, стандартизації та сертифікація лікарських засобів, які застосувати на практиці інколи дуже складно без отримання додаткових знань. Це пов'язано з різноманіттям професійних завдань, які приходиться виконувати майбутнім фахівцям сучасної фармації. Тому для того, щоби відповідати вимогам часу, їм потрібно постійне оновлювати набути знання за самостійною роботою та підвищувати таким чином рівень кваліфікації. Найбільш зручно це робити на наш погляд з застосуванням розповсюдженій та достатньо надійної програми Microsoft Teams з контролем з боку викладача.

Дуже важливим фактором активізації самостійної роботи у процесі навчання є можливість спілкування в on-line режимі фармацевтів-інтернів з викладачами дисципліни. Учасники процесу можуть переглядати запропоновані завдання необмежену кількість разів і повертатися до них крізь деякий час. Швидкість навчання дозволяє навчатися у темпі, відповідному до особистих вимог учнів.

Ефективність самостійного навчання більш ніж інших форм освіти, залежить від способів надання навчальних матеріалів, контролювання роботи учнів і контактування їх з викладачем. Тому для широкого розвитку цієї форми насамперед необхідно впровадження новітніх ефективних засобів комунікації.

Фармацевти-інтерни повинні активно залучатися до дискусій з вирішенням при цьому спілкуванні актуальних питань дисципліни, пов'язаних з ідентифікацією синтетичних та природних лікарських засобів, встановленням особливостей призначення та можливої побічної дії фітопрепаратів та функціональних харчових продуктів.

Для підвищення ефективності самостійної роботи розроблені та активно використовуються відповідні on-line курси з актуальних питань дисципліни. Контент курсів повинен поділятися на розділи і компоненти, що побудовані на основі щотижневого планування.

Інформаційний матеріал для самостійного навчання повинен бути представленим текстами, ілюстраціями, відеоматеріалами, постійно доступними для ознайомлення. Контроль за засвоєнням матеріалів проводиться за допомогою підсумкових тест-питань.

На сайті курсу інтернатури повинні бути надані додаткові матеріали, що включають методичні розробки, дидактичні матеріали, контрольні питання для підготовки до складання ліцензійного іспиту Крок-3 «Фармація» та Державного іспиту, перелік першоджерел.

Слід зазначити, що при самостійному опануванні певними розділами дисципліни у інтерна повинна бути присутня міцна особиста мотивація, вміння отримувати знання з мінімальною підтримкою з боку викладача.

Таким чином, самостійне навчання фармацевтів-інтернів з деяких розділів дисципліни «Якість, стандартизація та сертифікація лікарських засобів» у програмі Microsoft Teams дозволяє підвищити ефективність процесу підготовки до складання ліцензійного іспиту КРОК-3 та Державної атестації при одночасному формуванні навиків активного самостійного засвоєння матеріалу.

## **СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РОБОТИ ЗІ СТУДЕНТАМИ СТАРШИХ КУРСІВ**

*Масік Надія Прокопівна,  
д.мед.н., професор, професор ЗВО  
кафедри внутрішньої медицини №2  
Вінницького національного медичного університету  
ім. М.І. Пирогова*

Колись всесвітньовідомий політик, президент Південно-Африканської республіки, Нельсон Мандела сказав: «Освіта – це найпотужніша зброя, яку ви можете використати, аби змінити світ».

Процеси реформування освіти в Україні – це нагальна потреба становлення особистості громадян в її тісному поєднанні з культурними цінностями [1, с. 3]. Одним із напрямків підвищення педагогічних компетентностей науково-педагогічних працівників професійно-орієнтованих (клінічних) кафедр медичних університетів є запровадження принципів і методів спеціалізації в педагогіці. Так, видатний польський вчений З. Вятровський виявляє такі важливі тенденції, як зростання соціальних запитів на педагогічні знання в різних галузях життя і діяльності, а також на загальну тенденцію до спеціалізації, без якої не можна навіть говорити про розвиток сучасної науки. При цьому вчений, обґрунтовуючи спеціалізацію в педагогіці, пропонує



власну систематизацію педагогічних наук, виділяючи педагогічні дисципліни, зумовлені лінією розвитку людини [3, с. 74].

Педагогіка дорослих (андрагогіка) входить до цієї класифікації як дисципліна про навчання і виховання різних категорій дорослих людей, і спрямована на всебічне розуміння можливості перенавчання дорослої людини, її здатності до ефективного функціонування в усіх соціальних ролях, зокрема: в ролі людини, яка вдосконалює, розвиває свою індивідуальність, як члена родини, споживача, члена суспільства, громадянина, працівника [3, с. 75].

Андрогогічна модель навчання у медицині складається зі свідомого прагнення до самореалізації, самостійності, самоуправління [1, с. 3]. Впровадження андрогогічних технологій і методів на кафедрі внутрішньої медицини, таких як менторство, фасилітація, модерація та ін., визначається основними принципами андрогогіки і може суттєво варіювати. Студенту належить основна роль у процесі навчання; він навчається для вирішення важливої життєвої проблеми і для досягнення конкретної мети; розраховує на негайне використання отриманих під час навчання вмінь, навичок, знань. При цьому викладач, який має життєвий досвід (побутовий, професійний, соціальний), є джерелом навчання для студента [4, с. 73]. В процесі взаємодії більш досвідченої у сфері внутрішньої медицини людини з менш досвідченою відбувається передача знань, навичок та вмінь, здійснюється формалізація емпіричних знань [2, с. 602]. Застосовуючи досвід фасилітації, розуміючи сильні і слабкі сторони особистості та особливості сприйняття інформації кожного учасника групи, викладач залучає всіх студентів до прийняття рішення, що дозволяє реалізовувати це рішення. Використовуючи принципи елективності навчання, викладач створює атмосферу свободи, творчості, толерантності, відповідальності, індивідуальної освітньої траєкторії та рівних можливостей суб'єктів навчання. Тоді як принцип рефлексивності, заснований на свідомому ставленні студента до навчання, у свою чергу, є головною частиною самомотивації [1, с.4]. Принцип системності навчання полягає у відповідності цілей і змісту навчання його формам, методам, засобам і оцінці результатів навчання. При цьому викладач надає перевагу участі у диспутах, обговореннях клінічних випадків, майстер-класах з різних напрямків внутрішньої медицини [2, с. 604]. Успішність застосування методів андрогогіки залежить від місця проведення навчального заняття, наявності матеріально-технічних засобів, індивідуальних особливостей викладачів та студентів, рівня попередньої теоретичної та практичної їх підготовки, вмотивованості та можливостей суб'єктів навчання; значною мірою визначається часовими, просторовими, побутовими, професійними, соціальними факторами, які можуть обмежувати процес навчання або сприяти йому [1, с. 4].

Формування висококваліфікованого фахівця, творчої особистості відбувається за умов надання студенту можливостей для самореалізації, самоорганізації, самовиховання та самовдосконалення, що відбувається у процесі активної навчально-професійної діяльності, яка відображає контексти їх майбутньої професії.

Список використаних джерел

1. Архипова С.П. А87 Основи андрогогіки: Навчальний посібник. Черкаси, 2002. URL.: // <https://studfile.net/preview/7819097/>
2. Заїчко Н.В., Шевчук С. В., Заїчко К. О., Самборська І. А., Штатко О. І. Андрогогіка у вищій медичній освіті: особливості впровадження на фундаментальних та клінічних дисциплінах // Вісник Вінницького національного медичного університету.- 2022, Т. 26, №4. С. 600-605. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2022-26(4)-14
3. Ничкало Н. Андрогогіка в системі педагогічних наук // Післядипломна освіта в Україні. № 2'2013 (23)" 2013.- С.73-77.
4. Огієнко, О. І. Андрогогічна модель навчання: американський контекст: монографія / О. І. Огієнко, І. М. Литовченко. – Київ : ЦУЛ, 2014. – 234 с.

### **«ОСОБЛИВОСТІ ДИСТАНЦІЙНОГО ВИКЛАДАННЯ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ У ВОЄННИЙ ЧАС»**

*Пилипенко Вячеслав Васильович  
Канд. мед. наук, доцент, доцент каф. внутрішньої медицини №1  
Донецького національного медичного університету*

Пандемія COVID-19 була причиною переведення викладання медицини на дистанційну форму навчання. В короткий термін потрібно було переробити навчальні програми під нову форму викладання, визначити та застосувати комп'ютерний комунікатор - платформу Google classroom, швидко підвищити комп'ютерну грамотність викладачів і студентів та вирішити питання

апаратного забезпечення. ДНМУ – навчальний заклад-«переселенець», тому задач було ще більше. Керівництво університету та високий професійний рівень викладачів забезпечили їх виконання.

Широкомасштабна інтервенція агресора в лютому 2022 року зробила наш університет двічі «переселенцем». Були втрачені такі бази, як Маріуполь та Лиман-Краматорськ. Викладачі та студенти здебільшого переїхали в м.Кропивницький (третя база закладу), центральні, західні області України та за кордон. Цей період був найтяжчим: не всі викладачі і студенти залишилися в університеті, але ДНМУ вистояв і продовжив свій розвиток.

Тепер недоліки дистанційної освіти почали перетворюватись на її переваги :

1. Стали можливими ідентифікація й об'єднання всіх розсіяних у просторі студентів, за наявності у них інтернету та комп'ютера.

2. Грамотне управління процесом навчання, створення комфортної психологічної обстановки у віртуальному середовищі сприяло покращенню загальної атмосфери викладання внутрішньої медицини у воєнний час.

3. Кафедри забезпечили студентів навчальною літературою, посібниками, матеріалами для самоперевірки й організували самостійну практичну роботу студентів (змішана форма навчання).

Мабуть, найбільшою кількістю метаморфоз супроводжувалась організація викладання пропедевтики внутрішньої медицини. Традиційно навчання на пропедевтичних кафедрах (пропедевтика внутрішньої медицини і педіатрії, загальна хірургія) проводиться у ліжка хворого [1]. Акцент робиться на вивченні і застосуванні суб'єктивних (скарги, анамнез) і об'єктивних (переважно фізичних: *inspectio, percussio, palpatio, auscultatio*) методів клінічного дослідження хворих [2]. Але тривале відключення електрики, ворожі обстріли, відсутність «тематичного» хворого та почасти неможливість перебування в лікарні робили вирішення задач пропедевтики майже неможливими.

Допомогу у цьому питанні могли надати (і надали) такі засоби:

1. Організація лекцій з демонстрацією методів дослідження хворого.

2. Публікація методичних вказівок за темами викладання з тестовим додатком для самоперевірки.

3. Навчальні фільми з демонстрацією методів обстеження хворих.

Згідно з календарно-тематичним планом вивчення пропедевтики внутрішньої медицини фінішує написанням та захистом історії хвороби. Написання і захист навчальної (за синдромною ознакою з віртуальним хворим) історії хвороби підбило підсумки і показало достатній рівень знань і навичок у студентів.

Залікове заняття надало можливість повторити вивчений матеріал, продемонструвати засвоєні методи обстеження хворого, вирішити ряд тестових завдань.

Дистанційне викладання пропедевтики внутрішньої медицини, на наш погляд, потребує подальшого розвитку та застосування прогресивних форм та методів навчання для кращого засвоєння складного та об'ємного матеріалу дисципліни.

Список використаних джерел

1. Синяченко О.В., Єрмолаєва М.В., Єгудіна Є.Д. Пропедевтика внутрішньої медицини: фізичні методи обстеження: навчальний посібник. – Краматорськ: Друкарський дім, 2019. м 235 с.

2. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник / Ю. Ш. Децик, О. Г. Яворський, Є. М. Нейко та ін.: за ред.проф О. Г. Яворського. – 3-є вид., виправ. і допов. – К.: ВСВ «Медицина», 2012. – 546 с.

## **ПРОБЛЕМИ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ ТА ІНТЕРАКТИВНЕ НАВЧАННЯ В МЕДИЦИНІ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ**

*Рогова Алла Валентинівна,  
асистент кафедри філософії,*

*Харківський національний медичний університет*

Професійна підготовка майбутніх лікарів та безпосередньо їх професійна діяльність постійно викликали інтерес українських науковців. Її досліджували: О. П. Волосовець, І. Є. Булах, Ю. В. Вороненко, Л. Я. Ковальчук.

Широке запровадження дистанційної форми освіти у 2020 р., зумовлене поширенням пандемії COVID-19 та необхідністю дотримання всіх карантинних заходів задля збереження здоров'я та життя всіх учасників освітнього процесу, поставило нові виклики перед здобувачами вищої освіти, подолати які необхідно спільними зусиллями всіх зацікавлених сторін із залученням новітніх інтерактивних платформ, та підвищення мотиваційного фактора у здобутті нових знань.

На теперішній час у зв'язку з поширенням пандемії дистанційне навчання розглядається як ефективний засіб забезпечення безперервної освіти і знайшло своє відображення у формуванні цілеспрямованої державної освітньої політики України, закріпленої в Концепції розвитку дистанційної освіти в Україні та «Положенні про дистанційне навчання» [7].

Одним із найважливіших етапів у системі професійної підготовки майбутнього лікаря, формуванні професійних умінь і засвоєння навичок медичної професії є система практичної підготовки. Це дозволяє студенту сформувати у нього професійні якості особистості, відповідне ставлення до професії та набуті досвід професійної діяльності.

Досвід підготовки лікарів у багатьох країнах світу свідчить, що в цілісній системі професійної підготовки практична підготовка виступає вагомим чинником поряд із теоретичною. При цьому значна увага приділяється формуванню практичних умінь і навичок, професійної етики та особистому розвитку і росту майбутніх фахівців.

Звичайно, дистанційне навчання можливо на початкових курсах медичного вишу, коли в навчальному процесі задіяні у своїй більшості кафедри гуманітарного, медико-біологічного та гігієнічного спрямування (такі дисципліни, як хімія, біологія, гігієна, охорона праці, філософія, епідеміологія, фармакологія та інші, можна викладати дистанційно), але хірургія, терапія, педіатрія є клінічними дисциплінами і вимагають практичних навичок студентів, спілкування з хворим [6].

Практика – одна із найважливіших складових професійної підготовки будь-якого спеціаліста. Медична практика, яка здійснюється безпосередньо в університетських клініках біля пацієнта, є однією з форм професійної підготовки студентів вищих медичних закладів, це базовий і найголовніший принцип у процесі навчання студентів-медиків. Набуття практичних навичок займає чільне місце в підготовці лікарів у медичних вишах.

За період з 2020 року проведено безліч досліджень з приводу можливості запровадження дистанційної освіти у медичному середовищі. Отримані результати вказують на те, що це питання залишається вкрай дискусійним. Серед переваг дистанційної освіти відмічають можливість навчання одразу великої кількості студентів, технологічність процесу – навчання з використанням сучасних програмних та технічних засобів, що робить дистанційну освіту більш ефективною.

Звичайно, навчання лікаря практичним навичкам вимагає традиційного очного контакту, але вся теоретична підготовка та вправи у прийнятті рішень можуть відбуватися у дистанційній формі.

Противники застосування дистанційної освіти в медицині вважають, що освоєння практичних навичок, які є головною складовою під час навчання майбутніх медичних працівників, таким шляхом неможливе.

Дистанційне навчання у сфері медицини дуже ускладнюється відсутністю можливості отримання практики, без якої, знову ж таки, професія лікаря неможлива. Тим, хто досягає медицину, потрібно чимало практикуватися, перш ніж вони отримають диплом про освіту. Після 6 років навчання підготувати лікаря, який має лише теоретичну базу – недоцільно, адже від його умінь та навичок залежать долі та життя людей. Необхідна стала жива практика.

Є величезна кількість веб-ресурсів, освітніх платформ та служб обміну повідомленнями, але жодна з цих програм не забезпечує повноцінного контакту між студентом та викладачем, не дає в повній мірі дотримуватись правил академічної доброчесності та, взагалі, нівелює саме поняття практичного заняття [10].

Технічні проблеми, що виникли під час переходу на масове дистанційне навчання, можна розв'язати, вони вимагають більш детальних розробок курсів і програм для навчання, але проблему дистанційного навчання студентів - медиків з клінічних предметів дистанційно вирішити неможливо, тому повний перехід на дистанційну форму навчання майбутніх лікарів неприйнятний, він спричинить зростання випуску некомпетентних фахівців.

У час глобалізації світових економічних і культурних процесів, в Україні зростає соціальне замовлення на підготовку конкурентоспроможних фахівців з високорозвиненим інтелектом та неординарним гнучким мисленням. Професія ж лікаря характеризується постійною потребою в самовдосконаленні, знанням специфіки діяльності, здібністю до праці лікарем, практичним досвідом, знанням перспектив медичної галузі.

Саме тому проблема розробки та впровадження в навчальний процес сучасних інноваційних технологій для підготовки конкурентоспроможних фахівців є надзвичайно актуальною.

Тому, незважаючи на всі виклики, кинуті пандемією, сучасні технології дають можливість проведення освітнього процесу.

Сьогодні вимагає від педагогів будувати свою роботу так, щоб розкрити власні таланти і здібності, тобто, реалізуватися в професійній діяльності. Метою інтерактивного навчання є

створення комфортних умов навчання, за яких кожен студент має відчувати свою успішність та інтелектуальну спроможність. Зокрема йдеться про пошук таких методів інтерактивного навчання, які включають співробітництво викладача і студента, де передбачено їхню взаємодію, моделювання ситуацій, обмін думками та спільне розв'язання проблем, які дозволяють покращити процес засвоєння необхідного навчального матеріалу, допомагають розвивати у студентів клінічне мислення та формують їхню самостійність.

За даними вітчизняних науковців, при використанні інтерактивних методів навчання у закладах вищої медичної освіти, найбільш ефективними виявились наступні: “мозковий штурм”, кейс-метод, ділові ігри, дискусії, диспути, метод проектів.

Застосування інтерактивних технологій підвищує вмотивованість студента до набуття знань за обраним фахом, формує здатність аналізувати отримані результати та застосовувати свої здобутки на практиці.

Треба також відмітити, що в навчанні лікарів сьогодні дуже широко використовують модель «Віртуального пацієнта». «Віртуальний пацієнт» – це інноваційна інтерактивна технологія навчання, що дозволяє за допомогою комп'ютерної моделі реальної клінічної ситуації повноцінно зануритися в діагностичний і лікувальний процес, приймати самостійні рішення з тактики діагностики і лікування, бачити і усвідомлювати наслідки тих чи інших своїх рішень, не порушуючи при цьому прав та безпеки пацієнта.

На сьогоднішній день більшістю медичних вишів України успішно запроваджено в освітній процес ситуаційні задачі, так звані кейс-методи. При цьому використовується як ретроспективна база даних, так і перспективні дані.

В on-line режимі студентам демонструють клінічну ситуацію (задачу) із детальним описом анамнезу хвороби, скарг пацієнта, подаються світліни ключових клінічних ознак хворих, результати лабораторних та інструментальних методів обстеження, а за необхідністю – результати консультацій суміжних спеціалістів. Студенти 4 курсу, які починають вивчення клінічних дисциплін, розбирають ситуації, які здебільшого мають єдино правильне рішення, тоді як для студентів 5-6-х курсів пропонуються хвороби з важчим діагностичним пошуком, нетипові ситуації, рідкісні захворювання, які передбачають різні варіанти вирішення питання. При цьому акцентується увага на диференційній діагностиці, раціональному призначенні діагностичних методів та лікування. Студенти активно залучаються до дискусії з вирішення клінічної ситуації, аналізують результати обстеження пацієнтів, як клінічні, так і лабораторно-інструментальні, використовують свої теоретичні знання для вирішення практичних завдань, у результаті чого приймається найоптимальніше вирішення проблеми. Такі методики розвивають клінічне мислення у студента, спонукають до пошуку вирішення проблеми як самостійно, так і в командній роботі. При цьому формується і критичне мислення, що важливе для професійної підготовки, розвиваються комунікативні навички. Глибокий аналіз результатів обстежень, які пропонуються студентам, дозволяє максимально наблизити їх в умовах дистанційного навчання до реальних клінічних ситуацій. Студенти активно залучені до розбору ситуації, що дозволяє утримувати їх увагу в умовах дистанційного навчання.

Але така практика все одне тільки крок до наближення ситуації до реальної, тобто очного контакту майбутнього лікаря з пацієнтом.

Отже, можемо зробити висновок, що впровадження і використання інтерактивних методів навчання є дуже вагомим «проривом» у всієї системі освіти, але, незважаючи на це повний перехід на дистанційну форму навчання у медичній сфері не є можливим.

Список використаних джерел

1. Вірстюк Н.Г., Оринчак М.А., Човганюк О.С. та ін. (2020). Дистанційне навчання з дисципліни внутрішня медицина для студентів-медиків в умовах пандемії COVID-19. Актуальні питання підвищення якості освітнього процесу: матеріали науково-методичної конференції з міжнародною участю, м. Івано-Франківськ, 18 вересня 2020 року. Івано-Франківськ: Івано-Франківський національний медичний університет:

2. Єршоміна А.В., Орлова О.Н. Дистанційна освіта як одна з форм реалізації концепції відкритої освіти у світовому масштабі. 2020. № 1 (5). С. 298.

3. Кухаренко В., Бондаренко В. Екстрене дистанційне навчання в Україні: монографія. Київ, 2020. 409 с.

4. Литвинов Д.В. Дистанційна освіта як форма організації освіти. International scientific review of the problems and prospects of modern science and education. 2020. С. 155.

5. Medical education in the time of COVID-19. [Електронний ресурс] / D. B. Wayne, M. Green, E. G. Neilson//Sci. Adv. – 2020. - №6. Режим доступу до журн: <https://doi.org/10.1126/sciadv. abc7110>
6. Міністерство освіти і науки України. (2020). Концепція розвитку дистанційної освіти в Україні 2020 року. Постанова МОН України від 20 грудня 2000 року. URL: <http://www.osvita.org.ua/distance/pravo/00.html>.
7. Навчання медиків онлайн: як це відбуватиметься та чи готові студенти. URL: <https://tsn.ua/ukrayina/navchannya-medikiv-onlayn-yak-ce-vidbuvatimetsya-ta-chi-gotovi-studenti-1617460.html>.
8. Особливості дистанційного навчання в рамках післядипломної підготовки лікарів з медицини невідкладних станів / А. О. Волосовець, Б.І.Слонецький, І.С.Зозуля [та ін.] // Медична освіта. – 2020. – № 3. – С. 5–8.
9. Students' perceptions on distance education: A multinational study. [Електронний ресурс] / Fidalgo, P., Thormann, J., Kulyk, O.et al.// Int J Educ Technol High Educ.-2020. – P.17-18. – Режим доступу: <https://doi.org/10.1186/s41239-020-00194-2>
10. Про дистанційне навчання. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.dut.edu.ua/ua/1032-pro-distancyne-navchannya-rganizaciyno-metodichniy-centr-novitnih-tehnologiy-navchannya>.

### **СТВОРЕННЯ СПРИЯТЛИВОГО МІКРОКЛІМАТУ В ГРУПІ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ**

*Самойленко Олена Валентинівна,  
канд. філ. н., доц.,  
Завідувачка кафедри мовних та гуманітарних дисциплін №1,  
Малахова Вікторія Володимирівна,  
студентка медичного факультету №1,  
Донецький національний медичний університет*

Підтримання доброзичливої атмосфери в академічній групі є важливою складовою навчального процесу, а дистанційне навчання ускладнює цей процес, тому що студенти майже не бачать одне одного офлайн. Сприятливий мікроклімат підвищує академічну успішність, впевненість у собі, покращує мікроклімат. Для цього дуже важливою є сумісна діяльність: підготовка навчальних проєктів з певних дисциплін, сумісні походи в музеї, кінотеатри, театри, проведення національно-патріотичних заходів, присвячених Дню Збройних сил України, Дню Соборності, Дню Гідності, Дню Волонтера, вшанування пам'яті жертв Голодомору та Бабиного Яру, які можна організувати навіть в умовах онлайн-навчання. Хотілося б зробити акцент саме на такі заходи, які дійсно об'єднують студентів, бо наголошують на їх належності до однієї нації з героїчною історією та багатою культурою. Важливим також є проведення спортивних змагань, концертів, театралізованих вистав, куди варто залучати якнайбільше членів групи. Якщо студент не може або не хоче виступати на сцені або спортивному майданчику, можна запропонувати інше завдання – освітлення, підготовка костюмів або декорацій, написання листівок та привітань учасникам змагань, огляд заходів, які відбулися у соціальних мережах та сайтах навчальних закладів.

Також важливою ланкою забезпечення сприятливого мікроклімату є формування в студентів конфліктологічної культури, яке повинно починатися ще у початковій школі та продовжуватися під час навчання у вищих та середніх спеціалізованих навчальних закладах. Метою такої діяльності повинно стати не лише отримання знань про конфлікти, їх різновиди, класифікації, етапи, шляхи вирішення, на наш погляд, основним завданням психологів та педагогів повинно стати набуття практичних вмінь та навичок керування конфліктами, навичок самостійного прогнозу, діагностики реальної конфліктної ситуації та конструктивного її розв'язання, тобто школа та заклади спеціалізованої освіти не лише пропонують нам засвоїти певні знання, а розвивають конфліктологічну компетентність. Людина з розвинутою конфліктологічною компетентністю має більше шансів на збереження фізичного, психічного та морального здоров'я у конфліктній ситуації, можуть краще підтримувати нормальний психологічний клімат у власній родині. На наш погляд, цю компетентність можна розвивати також онлайн.

Можна говорити про наступні методи оптимізації конфліктологічної культури в навчальних закладах: 1) постійна діагностика рівня конфліктологічної культури кожного учасника групи (використання спеціалізованих тестів); 2) здійснення педагогами студентоцентрованого процесу навчання; 3) проведення спеціальних занять (можливо, на виховних годинах), присвячених конфліктам та шляхам їх подолання з можливим залученням спеціальних методик. На таких заняттях можна вирішувати проблемні особистісно орієнтовані ситуації, аналізувати відеоматеріал,

грати в рольові, творчі або дидактичні ігри, проводити тренінги, організувати дискусії (можна навіть театралізовані), виділяти на основі атракцій негативних та позитивних образів тощо; 4) за можливістю – викладання у навчальному закладі конфліктології або основ конфліктологічної культури як дисциплін за вибором.

Спостереження доводять, що найефективнішими в профілактиці конфліктів та поліпшенні міжособистісних стосунків студентів є активні методи, які можна поділити на 3 групи, а саме: – тренінгові заняття, – дискусія (дискусія групова, проблемні конфліктні ситуації); – ігрові методи (творчі, рольові, дидактичні ігри).

## **ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ПРОБЛЕМАТИКИ ФІЛОСОФІЇ СВІДОМОСТІ ДЛЯ ЗДОБУВАЧІВ НАУКОВОГО СТУПЕНЯ PhD В МЕДИЧНИХ ЗВО**

*Сепетий Дмитро Петрович,  
доктор філософських наук, доцент,  
доцент кафедри суспільних дисциплін  
Запорізького державного медичного університету*

Обговорення проблематики філософії свідомості в процесі підготовки майбутніх докторів філософії з медичних та фармацевтичних наук має на меті досягнення більш глибокого й всебічного розуміння майбутніми науковцями медичного та фармацевтичного профілів діалектичної єдності гуманітарного та природничо-наукового аспектів лікарської професії та наукових досліджень у царині охорони здоров'я.

В цьому контексті, проблематика філософії свідомості важлива остільки, оскільки гуманістична мета та призначення медицини визначаються її спрямованістю на потреби людини не просто як біологічного організму, а як особи, що наділена свідомістю та самосвідомістю, що страждає від хвороб та недугів і прагне, наскільки це можливо, позбутися цих недугів та полегшити зумовлені ними страждання, мати змогу жити гідним життям, яке відповідає поняттю здоров'я у найширшому сенсі – як "стану повного фізичного, психічного і соціального благополуччя" (пreamбула Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я). Відповідно, в процесі підготовки майбутніх докторів філософії в царині охорони здоров'я в рамках курсу "Філософія науки" обговорюється як загальнофілософські аспекти проблематики сучасної філософії свідомості, так і більш специфічні аспекти, які тісно пов'язані з біомедичними, нейрофізіологічними дослідженнями та психіатрією.

Обговорення загальнофілософських аспектів проблематики сучасної філософії свідомості сприяє виявленню та усвідомленню меж застосовності природничо-наукового та інженерно-технологічного підходів до людини. Це може слугувати антидотом проти сцієнтизму, що його відомий сучасний філософ Томас Нейгел визначає як короткозоре уявлення, ніби "ми, у цей момент історії, володіємо базовими формами розуміння, що придатні для розуміння абсолютно всього", і цими формами є найбільш успішні сучасні природничі науки. "Сцієнтизм ... передає у відання одного типу людського розуміння Всесвіт і усе, що про нього може бути сказане. У своїх найбільш короткозорих формах він вважає, що все існуюче мусить бути зрозумілим через застосування наукових теорій, подібних до тих, які ми розвинули на даний момент – нинішніми зразками є фізика та еволюційна біологія..." (Nagel 1986, 9-10). Сучасні дискусії в філософії свідомості можуть слугувати свідченням хибності такого сцієнтизму, оскільки свідомість, особливо у її вищих, людських формах, – а отже, і людська особа, – не піддається природничо-науковому редуccionізму. Відповідно, оскільки медицина має справу з людиною, що є водночас біологічним організмом та особою, то вона мусить інтегрувати природничо-науковий підхід у відношенні до організму людини з гуманітарно-гуманістичним підходом до людини як особи.

На лекціях та семінарських заняттях з філософії свідомості для здобувачів наукового ступеня доктора філософії (PhD) в Запорізькому державному медичному університеті обговорюються також специфічні питання сучасної філософії свідомості, які безпосередньо пов'язані з біомедичними, нейрофізіологічними дослідженнями та психіатрією. До числа таких питань належать дискусії про свободу волі людини в контексті нейрофізіологічних експериментів Лібета та Хейнса (Libet 1973; 1985; Haynes & Rees 2006; Haynes et al. 2007; Klemm 2010; Mele 2014; Tallis 2011, 54-56, 247-250; Сепетий 2017b) проблема тлумачення ознак роздвоєння свідомості у пацієнтів, які для запобігання епілептичним випадкам були піддані хірургічній операції розділення мозолистого тіла – мережі волокон, що з'єднує ліву та праву півкулі кори головного мозку (Gazzaniga 1971; Nagel 1971; Sperry 1977; Сепетий 2017a, 154-167); біоетичні імплікації проблеми персональної ідентичності (Parfit 1984; Fukuyama 2002; Harari 2017; Sepetyi 2017c). Безпосередній медичний – а точніше, психіатричний – інтерес представляє обговорення праці

Поля Блума "Декартова дитина" (Bloom 2005), в якій психофізичний дуалізм Декарта проектується на психологічну площину, як розрізнення двох фундаментальних – і значною мірою природжених – способів розуміння людиною дійсності, так би мовити, в модусі речей протяжних та в модусі речей мислячих, або істот, яким приписуються психічні стани. Ця модель цікава для психіатрії тим, що вона проливає світло на такий психічний розлад як аутизм, оскільки багато описів сприйняття аутистами дійсності вказують на брак звичайної для нормальної людини здатності безпосередньо-інтуїтивно розуміти поведінку інших людей та живих істот як прояв їх психічних станів. Блум описує це терміном "mind-blindness", що можна перекласти як "психосліпота".

На семінарських заняттях з філософії свідомості ми обговорюємо також питання про розуміння структури свідомості в перспективі різних напрямків психоаналізу та гуманістичної психології, проблему відношення та взаємодії різних шкіл психоаналізу та гуманістичної психології та психіатрії, проблему розуміння поняття психічної хвороби та психічного здоров'я, питання про науково-медичний статус психіатрії.

Список використаних джерел

1. Bloom, A. (2005). *Descartes' Baby: How the Science of Child Development Explains What Makes Us Human*. Basic Books.
2. Fukuyama, F. (2002). *Our Posthuman Future: Consequences of the Biotechnology Revolution*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
3. Gazzaniga, M. (1971). The split brain in man. In Thompson, R. (ed.) *Physiological psychology* (pp. 118-123). San Francisco, CA: Freeman.
4. Haynes, J.D. et al. (2007). Reading hidden intentions in the human brain. *Current Biology* 17(4): 323-328.
5. Haynes, J.D. & Rees, G. (2006). Decoding mental states from brain activity in humans. *Nature Reviews Neuroscience* 7: 523-534.
6. Klemm, W. R. (2010). Free will debates: Simple experiments are not so simple. *Advances in Cognitive Psychology* 6: 47-65.
7. Libet, B. (1973). Electrical stimulation of cortex in human subjects, and conscious sensory aspects. In Iggo, A. (ed.) *Handbook of sensory physiology*. Vol.2 (pp. 743-790). Heidelberg: Springer-Verlag.
8. Mele, A. (2014). *Free*. Oxford University Press.
9. Libet, B. (1985). Unconscious cerebral initiative and the role of conscious will in voluntary action. *Behavioral Brain Sciences* 8: 529-566.
10. Nagel, T. (1971). Brain Bisection and the Unity of Consciousness. *Synthese* 22: 396-413.
11. Nagel, T. (1986). *The View from Nowhere*. New York, Oxford: Oxford University Press.
12. Parfit, D. (1984). *Reasons and Persons*. Oxford: Clarendon Press.
13. Sperry, R. (1977). Forebrain commissurotomy and conscious awareness. *Journal of Medical Philosophy* 2: 101-126.
14. Tallis, R. (2011). *Aping Mankind*. Durham: Acumen.
15. Сепетий Д. П. (2017а). *Свідомість як суб'єктивність: тасмниця Я. (2-ге видання) Книга 2. Привид у машині проти демона Лапласа*. Запоріжжя: Просвіта.
16. Сепетий Д. П. (2017б). Альфред Міле про нейрофізіологічні експерименти Лібета та Хейнса та свободу волі. В *Філософія. Людина. Сучасність: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю* (м. Вінниця, 4-5 квітня 2017 р.) (сс. 158-160). Вінниця.
17. Sepetyi, D. (2017с). The Soul and Personal Identity. Derek Parfit's Arguments in the Substance Dualist Perspective. *Perichoresis* 15(2): 3-23.
18. Harari, Y.N. (2017). *Homo Deus: A Brief History of Tomorrow*. London: Vintage.

## ОСВІТА В УМОВАХ ВІЙНИ: ВИКЛИКИ І ПРОБЛЕМИ

Сидоренко Оксана Василівна, к. філол. н., доцент,  
Денисенко Ольга Миколаївна, к. фарм. н, доцент,  
Запорізький державний медичний університет

Освітня галузь, попри впровадження різних реформ, зміни держстандартів тощо, є однією з найконсервативніших соціальних сфер. Вірніше вона залишалася такою ще донедавна, допоки Україна не зіткнулася з воєнною агресією з боку росії. Війна внесла деструкцію в життя всього суспільства, зокрема і освіта зіткнулася із серйозними викликами, постали надважливі завдання «як зберегти спокій і мотивацію до роботи й науки, у який спосіб набути нових знань, умінь і навичок, як вплинути на своїх студентів» [2, с. 15].

Суспільство (чим більше розвинуте) націлене на високі стандарти якості вищої освіти, і навіть у такий невпорядкований час, якість має залишатися сталою, а той вдосконалюватися, оскільки за таких складних обставин очевидними стають нові цілі, завдання, окреслюється новий освітній формат і, безперечно, виявляються прогалини, проблеми в реалізації навчального процесу, адже бути готовими до випробувань, із якими зіткнулася наша країна, неможливо. Війна завдала серйозного удару вітчизняній освіті, як сказав чинний міністр освіти С.Шкарлет на Світовому освітньому форумі: «Українська освіта кровоточить, тяжко поранена, але жива і сильна, вона бореться» [7].

Дещо спростив організацію освітнього середовища в умовах війни карантинний досвід 2020-2021 років, коли заклади вищої освіти в надзвичайно короткий термін запровадили дистанційну форму навчання, зокрема Запорізький державний медичний університет успішно адаптував змішану форму навчання з повною візуалізацією у синхронному онлайн режимі на основі MS Teams.

Попри це, серйозною перешкодою у воєнний час на шляху забезпечення якісною освітою здобувачів стала їх «різниця досвіду». Досвід життя/прожиття/виживання війни у студентів різний: одні змушені покинути Батьківщину і стати біженцями у чужій країні, пережити адаптацію і за таких обставин здійснювати навчання, комусь довелося/доводиться жити в окупації і бути позбавленим змоги навчатися, перебувати в інформаційному вакуумі, інші психологічно потерпати від повітряних тривог, мають проводити довгі години в укриттях тощо. Такі різні життєві обставини проєктуються на навчальний процес і потрібно використовувати цей досвід: «Якщо ігнорувати цю різницю, вона руйнуватиме звичний освітній процес. Вже не можна намагатися уніфікувати знання й навички, вимагати однаковості. Треба саме спиратися на цю різницю» [6].

Важливою складовою якісного навчання є психологічна атмосфера, позитивно-емоційна налаштованість як викладача, так і студента. Варто пам'ятати, що пережитий досвід, реалії воєнного часу (вибухи, новини з фронту, втрата знайомих, друзів, рідних) призводить до різних реакцій психіки: від тимчасових стресів, до важких травм. Кожна людина потребує психологічної підтримки, а в умовах освітнього процесу таку підтримку має, у першу чергу, забезпечити викладач. Бути тактовним, чуйним, не загострювати над міру увагу на проблемах у знаннях, цікавитися настроєм, справами студентів – це має бути обов'язковою практикою викладача, не лише, щоб налагодити позитивну атмосферу, а й для того, щоб мати змогу виявляти проблеми з психологічним здоров'ям, інформувати кураторів, деканати. Звісно, для вирішення цих проблем мають бути задіяні ресурси навчальних закладів, організовані служби психологічної підтримки, де можна отримати індивідуальну консультацію, в онлайн форматі надавати психологічні поради, організувати групові зустрічі тощо [4].

Однак, як уже було зауважено, психологічну допомогу не потрібно перекладати на відповідні служби та дипломованих спеціалістів. Досвід, який ми зараз отримуємо, наскільки виходить за рамки звичайного, що кожний викладач, на кожному занятті має бути психологом. Проте бути таким без відповідних знань вкрай важко, тому актуалізувалася проблема відповідної підготовки педагогічних кадрів. Як ніколи на часі є поглиблення свого фаху знаннями з інших суміжних галузей, зокрема психології. Після повернення до мирного життя цей досвід обов'язково буде враховано, а зараз Міністерство освіти, заклади вищої освіти мають організувати курси підвищення кваліфікації, вебінари, цикли лекцій та ін.

Із іншого боку, самі викладачі потребують психологічної реабілітації. І так виснажлива педагогічна діяльність провокує професійне вигорання, а в умовах війни, коли емоційна сфера перевантажена негативним досвідом, й поготів, тому є нагальна потреба в психологічній підтримці викладацького контингенту, від діяльності якого напряду залежить якість освітніх послуг.

Безперечно, уся ця турбулентність призводять до неминучих освітніх втрат. Значний відсоток студентів отримують прогалини в знаннях, компенсувати які радять лише новими знаннями, компетентностями, «не зосереджуватися на прогалинах, а йти далі, робити акцент на тому, що опанував за цей час, давати позитивний зворотний зв'язок», «оскільки травматизація впливає на когнітивні здібності, увагу, пам'ять» [6]. Відсутність системних і послідовних знань у частини студентів призводить до нівеляції оцінок. Класичні принципи оцінювання доводиться переглядати і адаптувати до сьогоденних вимог часу.

Вище наведені особливості реалізації навчального процесу в умовах війни призвели до ще одного серйозного виклику при підготовці висококваліфікованого спеціаліста – зменшення активності студентів у творчо-науковій діяльності. Студенти-першокурсники, початок навчання яких відбувається в дистанційному форматі, не мають змоги долучитися вповні до наукової роботи. Наприклад, предметні олімпіади, на жаль, не проводяться ще з карантинних часів.



На кафедрі культурології та українознавства ЗДМУ усі студенти заохочувалися до участі в університетських етапах мовно-літературних конкурсів і олімпіад тощо. Така діяльність «спрямована на виробництво нового знання, яке отримує соціальну апробацію і входить в систему наук. ...передбачає певний культурно ціннісний рівень орієнтації особистості і відповідних їй особливих способів прийняття діяльності і реалізації своїх внутрішніх можливостей» [1, с. 132]. Проте реалії сьогодення внесли кардинальні зміни: цьогоріч перший університетський етап офіційно було відмінено, студенти були позбавлені наукової змагальності, а делеговані за результатами навчання студенти практично вперше за навчальний рік долучилися до роботи в офлайн-режимі. Таким чином, здобувачі освіти виявилися позбавленими можливості реалізувати свій науковий потенціал.

Це саме можна сказати і про творче самовираження, яке є вагомою складовою освітнього середовища. Задіяність у культурно-мистецькій сфері відіграє значну роль у формуванні сучасного всебічно розвинутого спеціаліста, сприяє формуванню провідних компетентностей. Так, діяльність кафедри культурології та українознавства завжди була націлена на проведення різних культурних заходів, присвячених відзначенню ювілейних дат, творчості українських письменників, знаменним подіям тощо. Такі заходи могли проводитися як на загальноуніверситетському рівні, так і в межах кафедри або ж групи. Завжди висока активність студентів у реалізації вказаних проєктів говорить, перш за все, про внутрішню потребу молоді в реалізації своїх художніх здібностей, сформованість їх естетичних смаків, рівень їх зацікавленості художньою культурою. За нинішніх умов ця робота вимушено призупинена. Безперечно, гуманітарні кафедри ЗДМУ прагнуть організовувати мистецькі проєкти, залучаючи студентську аудиторію, наскільки це дозволяє дистанційний режим навчання. Зокрема, до Дня української писемності і мови були організовані читання поезій, студенти виконували пісні. Проте таких форм роботи замало для цього сектору освітньої діяльності.

Творча складова є вагомою частиною обов'язкової виховної діяльності, яку провадить вища школа, оскільки в цьому полягає виховання творчої особистості, «здатної відтворювати, перетворювати соціальний досвід, створювати нові знання, формувати уміння і навички» [3, с. 7]. Цей сегмент роботи, до реалізації якого залучені деканати, куратори, кафедри, студентська рада тощо, за таких турбулентних умов також зазнав не найкращих змін. Думається, варто було б реорганізувати виховний процес, до прикладу, роботу кураторів, аби спілкування зі студентами не лягало на плечі лише працівників деканату, як це спостерігається зараз.

Усі ці заявлені проблеми демонструють системний збій у роботі освіти. Над їх вирішеннями працює як, Міністерство освіти, так і кожний університет. Заклади вищої освіти реалізують накази, інструкції, приписи Міністерства освіти, які визначають особливості проведення навчального процесу в цих далеко не стандартних умовах. У свою чергу, самі заклади вищої освіти визначають специфіку реалізації освітньої діяльності та нагальне вирішення, зокрема, вищезазначених проблем. Проте ні діяльність профільного міністерства, ні навчального закладу не буде досягнуто без дієвої участі соціально відповідальних студентів. «У суспільстві є запит на підготовку особистості, здатної ефективно працювати та неухильно дотримуватися моральних цінностей, яка є соціально активною та відповідальною, яка має чітку громадянську позицію, вміє вільно мислити та самоорганізовуватися» [5, с. 884]. Саме завдяки студентам, спроможним діяти свідомо, застосовувати свої знання у практичних ситуаціях, самостійно ставити перед собою і вирішувати проблеми, приймати обґрунтовані рішення, сьогоденні виклики є здоланими, а проблеми вирішуваними.

#### Список використаної літератури

1. Богданова Т.Є. Наукова творчість – важлива риса фахівців нової генерації. *Підготовка фахівців нової генерації – завдання вищої освіти* : тези науково-методичної конференції кафедр університету (29 – 30 листопада 2017 року). Харків : Український державний університет залізничного транспорту, 2017. С. 126-132.
2. Волощенко Є.І. Нові виклики та можливості для навчально-наукової діяльності в умовах війни в Україні. *Освіта в умовах війни: реалії, виклики та шляхи подолання*: матеріали II Форуму академічної спільноти (20–24 червня 2022 року, м. Дніпро; Державний вищий навчальний заклад «Придніпровська державна академія будівництва та архітектури») / Упоряд. М. В. Савицький, І. П. Мамчич. Дніпро : ДВНЗ «ПДАБА», 2022. С. 15-17.
3. Мирончук Н.М. Завдання професійної підготовки сучасного фахівця у системі вищої освіти. *Андрогогічний вісник*: наукове електронне періодичне видання. 2014. Вип. 5. С. 7. URL: <http://file:///D:/ZSMU/Desktop/мирончук.pdf>

4. Психологічні проблеми студента та викладача в умовах воєнного стану URL: <http://file:///D:/ZSMU/Desktop/Skladanovska-M.G.-Psychologichni-problemy-studenta-ta-vykladacha-v-umovah-voyennogo-stanu.pdf>

5. Сарапіна О.А., Стефанович Н.Я. Соціальна відповідальність студентів спеціальності «облік і оподаткування». *Економіка і суспільство*. Мукачівський державний університет. 2018. Вип. 15. С. 884-890.

6. Скиба М. Освіта ніколи не буде такою, як до війни. URL: <http://https://osvitoria.media/experience/osvita-nikoly-ne-bude-takoyu-yak-do-vijny-mykola-skyba-pro-ostanni-osvitni-tendentsiyi/>

7. URL: <http://https://osvitoria.media/news/ukrayinska-osvita-poranena-ale-zhyva-i-boretsya-shkarlet-na-svitovomu-osvitnomu-forumi/>

## ОСОБЛИВОСТІ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

*Соляненко Олена Леонідівна, старший викладач,  
Запорізький державний медичний університет*

Наразі, в умовах воєнного стану, однією з оптимальних форм освіти є дистанційне навчання, під яким розуміють взаємодію викладача та студента між собою на відстані засобами Інтернет-технологій, що передбачають інтерактивність [2, с. 61].

Дистанційна освіта є складним багатостороннім процесом. На сучасному етапі викладачі закладів вищої медичної освіти спільно зі студентами активно працюють з електронною поштою, використовують віддалений доступ до інформаційних баз даних та освітніх ресурсів мережі Інтернет, створюють власні сайти, беруть участь у різноманітних проєктах. Слід зауважити, що така форма навчання впливає на характер взаємодії викладача та студента, а саме фокусується на формуванні здібностей шукати, оцінювати, відбирати та структурувати інформацію; збільшенні частки дослідницької роботи студентів; використанні міжпредметних зв'язків.

Дослідники зазначають, що за умов дистанційного навчання зростає значимість когнітивної самостійної роботи студентів, яка характеризується внутрішньою потребою людини у знаннях, умінням їх набувати з різних джерел і творчо використовувати на практиці [1; 3, с.296-298].

Разом з тим, самостійне оволодіння навчальним матеріалом є невід'ємною складовою дистанційного навчання, яке базується на використанні широкого спектру технічних засобів, а також традиційних та інноваційних технологій.

Також, варто звернути увагу на те, що контроль з боку викладача за допомогою диференційованих та багаторівневих завдань сприяє активізації студентської навчально-пізнавальної діяльності, а ефективність розвитку умінь студентів самостійно працювати залежить від їхнього усвідомлення необхідності спілкування з проблем навчання; ступеня вмотивованості до освітнього процесу; якісного сучасного матеріалу; самоорганізації та активності у процесі опанування та засвоєння матеріалу.

З досвіду зазначимо, що використання дистанційних технологій спонукають студента до керованої активної пізнавальної самостійної роботи. При цьому система контролю за засвоєнням матеріалу та способами пізнавальної діяльності, умінням застосовувати отримані знання на практиці має носити систематичний характер, будуватися на основі оперативного зворотного зв'язку, який може здійснюватися у вигляді контрольного тестування, семінарів, дискусій, телеконференцій, проєктів.

Таким чином, одним з важливих та актуальних питань вищої освіти в умовах дистанційного навчання є ефективність самостійної роботи, метою якої передбачається наявність у студентів сформованості високого рівня пізнавальної самостійної діяльності. Це надає поштовх студентам для подальшої самоосвіти у вибраній професійній галузі, навчанню та вдосконалюванню навичкам вирішення проблем та розвитку конкурентних якостей, необхідних для вдосконалення професійних компетентностей.

### Список використаних джерел

1. Педагогіка вищої школи: Навч. посіб. / З.Н. Курлянд, Р.І. Хмелюк, А.В. Семенова та ін.; За ред. З.Н. Курлянд. К.: Вища школа, 2005. 399 с.

2. Самойленко О.М. Поняття дистанційної освіти та дискусії навколо неї. Збірник наукових праць. Херсон: «Міськдрук», 2011. С. 60-65.

3. Хомуленко Т.Б., Бурейко Н.О. Особливості метапам'яті у студентів-білінгвів. Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія. 2017. Вип. 55. С. 296-306.

## СИТУАЦІЙНО-РОЛЬОВА ГРА У ВИВЧЕННІ ПРОПЕДЕВТИЧНОЇ ПЕДІАТРІЇ ПРИ ДИСТАНЦІЙНОМУ НАВЧАННІ

*Соляник Олександра Вячеславівна, к.мед.н,  
асистент кафедри пропедевтики дитячих хвороб,  
Запорізький державний медичний університет*

У сучасному світі, коли кожної години змінюється та постійно зростає кількість інформації, яку раніше людина отримувала протягом декількох років або впродовж всього життя, дуже необхідна модернізація освітнього простору, заснована на інноваційних технологіях з використанням новітніх досягнень науки та практики, з застосуванням інтерактивних методів навчання. Ці інноваційні методи повинні використовуватися викладачами клінічних кафедр. Сучасність, спочатку пандемія COVID-19, а зараз воєнний стан, диктує нам свої умови освіти - працювати дистанційно з використанням платформи Microsoft office 365-Teams.

Останнім часом широкого поширення в медичній освіті отримав метод ситуаційно-рольової гри. Ситуаційно-рольова гра полягає в імпровізованому розігруванні клінічної ситуації, що моделює типову педіатричну проблему.

Метою рольової гри є формування пізнавальних і професійних мотивів, системного клінічного мислення майбутнього лікаря.

При навчанні велике значення має співтовариство студентів. Студенти перетворюють інформацію, яку вони отримують від викладачів і з літератури, в знання через розмови, обговорення, групові дискусії. Все це можна організувати під час дистанційного заняття. Тому велику увагу слід приділяти навчанню студентів роботі в команді, розвитку комунікативних навичок та вмінь на основі методики проведення занять у вигляді клінічних ситуацій, та ситуаційно-рольових ігор. Усі студенти під час проведення таких занять беруть участь в обговоренні теми, висловлюють свою думку, кожен може стати як батьками хворого, якщо дитина маленька, так і пацієнтом - підлітком, який скаржиться та має якісь симптоми, або лікарем, який повинен зібрати анамнез хвороби, зробити об'єктивне дослідження, призначити додаткові методи клінічного дослідження та встановити попередній діагноз. Студенти беруть участь у цій грі, як головні герої. Батьки розповідають про свою дитину, як вона росла та розвивалася, якщо хворий дошкільного та молодшого шкільного віку, говорять лікарю на що скаржиться дитина. Якщо дитина підліткового віку, то він або вона сама розповідає про себе та які має скарги. Важлива функція і у студента лікаря, який повинен задати правильні питання щодо збору анамнезу життя та хвороби, які зміни в органах та системах буде мати хворий при об'єктивному обстеженні (уявити собі хворого та його хворобу, так як ми працюємо дистанційно) та встановити діагноз. Викладач визначає наскільки студенти підготувалися до практичних навичок, яке вони мають клінічне мислення та як можуть робити висновки.

Ситуаційне навчання є одним з видів розвивального навчання студентів, яке спрямоване на засвоєння матеріалу, вміння аналізувати факти з різних точок зору, висувати гіпотези, робити висновки та розвивати клінічне мислення. Одна і та ж клінічна ситуація може програтися кілька разів, щоб дати можливість учасникам гри побувати в різних ролях. Ситуація, яку моделюють у грі повинна бути максимально наближена до реальної дійсності. В основу будь-якої рольової гри покладено принцип моделювання та вирішення різних ситуацій: постановка діагнозу, складання плану додаткових клінічних досліджень.

Таким чином, рольова гра сприяє розвитку творчого потенціалу та пізнавального інтересу до певного професійного навика, дозволяє об'єктивно оцінити підготовку студента до заняття, розвиває у нього навички публічних виступів, вміння формулювати думку з використанням професійних термінів, формує стереотип клінічного мислення та професійної поведінки. Аналіз проведення гри допомагає об'єктивно оцінити рівень підготовки кожного студента в умовах дистанційного навчання.

## ВИКЛАДАННЯ ФІЛОСОФІЇ В МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ В УМОВАХ ВІЙНИ ЯК ТЕРАПІЯ

*Спиця Наталя Валеріївна, к. філос. н.,  
доцент кафедри суспільних дисциплін,  
Школова Олена Петрівна,  
викладач кафедри суспільних дисциплін,  
Запорізький державний медичний університет*

Навряд чи хтось із авторів тез та статей цьогорічної конференції міг би припустити, що частина з наших сьогоднішніх досліджень піде під секцію про медицину, університет та війну. Але реалії сьогodenня є такими, які наші покоління ще не проживали. Якщо не можемо змінити ситуацію, маємо її використати – кожен на своєму фронті (зі зброєю у руках на передовій, зі скальпелем на операції, з донатами на ЗСУ та з новими дослідженнями нових умов нашого існування). Маємо взяти максимум корисного та зрозуміти, усвідомити щось принципово нове, щоб в подальшій мирній роботі після нашої Перемоги продовжувати ці нові традиції нової реальності.

Гуманітарні дисципліни на теренах медичного ЗВО завжди мали своє особливе місце не стільки в освітніх програмах спеціальностей, скільки в усвідомленні студентської молоді. Ні для кого не секрет, що серед наших першокурсників завжди є ті, хто із насолодою вивчає філософію, дискутує, готує невеличкі дослідження, доповіді на філософські клуби та пише чудові тези до конференцій, і є такі, кого ми, викладачі, маємо мотивувати на пристрась до вивчення філософії, історії України та інших гуманітарних складових програми. На щастя, все ж таки після кропіткої сумісної праці на лекціях та семінарах, прибічників філософського знання стає все більше, але залишаються й ті, хто щиро задає питання «навіщо мені знання з філософії, якщо я прийшов вчитись на лікаря?». Аргументованого пояснення викладачів щодо комплексності наукового знання, базових принципів існування науки, які народжуються та розвиваються в лоні філософії, на жаль, іноді буває недостатньо для людини яка прийшла з чітким переконанням про непотрібність філософії в її професійному полі. Але зараз ми стикнулись із зовсім новою реальністю – ми вчимося і навчаємо в країні де іде війна, де повітряні тривоги переривають диспути на семінарах, а присутність в он-лайн режимі залежить від електропостачання. Тут починають працювати зовсім інші аргументи щодо необхідності предметів гуманітарного циклу. Поступово вони стають наймовірною терапією виснажених тривогою, розгублених, але сповнених надією на щасливе майбутнє, вчорашніх дітей – наших студентів.

І тоді приходиться час розмірковувати над «Листами до німецького друга» Альбера Камю не як над минулими подіями, що вже пішли в історію, а про наше сьогodenня. І коли студентка, що місяць тому нарешті виїхала з окупованої території починає розповідати про те, що пережила і те як саме відлунням в серці ставали рядки з роботи Камю, аудиторія академічної групи завмирає, а потім студенти починають говорити про те, що вони переживають зараз, що вони з невимовним захопленням читають «Втечу від свободи» Еріха Фромма і завдяки цій роботі починають розуміти що саме відбувається із суспільством сусідньої країни, яке стало для нас проклятим і ворожим 24-го лютого 2022 року. А потім настає час логотерапії від Віктора Франкла, який надихає, вселяє надію на майбутнє та вчить визначати що ж насправді має сенс. Після таких семінарів аудиторія буває приголомшена та здивована тим, що у філософії людство вже заклало найголовніші свої ліки для всіх наступних поколінь – усвідомлення та розуміння, як метод проживання, опрацювання складних ситуацій, трагедій.

Так, філософія, як казав колись геніальний Мераб Мамардашвілі, «починається там де завершується мислення малюнками», але філософія все одно не тільки про розуміння, це і про відчуття, адже людина це не тільки свідоме, раціональне. Ми отримаємо інформацію про цей світ і самого себе у ньому завдяки як вербальному, так і невербальному. Ми маємо відчувати, переживати, щоб потім краще усвідомлювати. Тому, для викладачів так важливо правильно розставляти акценти у своїй роботі із студентами – давати максимум інформації, яка б допомогла молоді розвинути критичне мислення, зрозуміти для самих себе що саме відбувається із нашою країною, нашим життям і чому це відбувається. Нічого ціннішого за ці питання зараз не існує для молодої людини, яка прагне пояснити для себе такий складний і такий новий світ.

## ДЕРЖАВНА МОВА – МОВА ФАХОВОГО СПІЛКУВАННЯ

*Ткач Алла Василівна,  
кандидат філологічних наук,  
доцент кафедри суспільних наук та українознавства  
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці*

Мова – основа нації, її неоціненний скарб. У мовній ДНК закодовані історична пам'ять, філософська мудрість, інтелектуальний потенціал, естетичний смак, мисленнєва діяльність етносу. Саме мова забезпечує нам співжиття в суспільстві, зумовлює формування нашої духовної сутності. Мова є засобом саморозвитку й самовираження особистості. Заговорить людина – і виявить не тільки рівень своєї освіченості, а й міру вихованості, гостроту розуму, образність уяви, точність спостережень, жвавість природи. Тисячоліттями український народ творив високорозвинену літературну мову. Вона до послуг кожного з нас: її потрібно свідомо й активно вивчати, осягати, вдосконалювати, розвивати й пропагувати як офіційну мову держави, докладати максимум зусиль, усвідомлюючи, що йдеться про почуття відповідальності за її долю, повагу до неї та її вікових традицій, про любов до рідного слова.

Нині, коли українська мова розширює діапазон свого функціонування, зростає увага до культури усного і писемного фахового мовлення. Адже відмінне знання мови – невід'ємний складник професіограми людей різних спеціальностей, надійний фундамент освіченості, інтелігентності, а згодом – досвідченості й успішності. Мовна культура презентує у кожному з нас національний дух, підтримує стан психологічної упевненості, рівноваги, дає відчуття життєвої перспективи. Тому кожен випускник загальноосвітньої школи, абітурієнт зобов'язані вільно володіти лексичним і фразеологічним багатством української літературної мови, розуміти структуру та внутрішні закономірності лінгвістичної системи, знати норми орфоепії, орфографії, граматики і стилістики.

Мова має важливе ідеологічне значення, оскільки формує національну свідомість, громадянську позицію і фахову мотивацію.

Оволодіння основами будь-якої професії розпочинається з вивчення мови свого фаху. Це означає, що будь-який спеціаліст повинен вільно послуговуватися усною та писемною формами професійного спілкування, мати активний лексичний запас відповідної термінології, уміти оформляти різноманітні документи, насамперед фахові, бути вправним оратором, виголошуючи доповіді, промови на актуальні теми. Елементарним і, безперечно, фундаментальним складником мовленнєвої комунікації є мовленнєвий етикет (вітання, прохання, вибачення, відмова, згода, співчуття та ін.). Розумне використання відповідних формул у професійній діяльності формує кодекс добропристойності, який виражається у ввічливості, делікатності, уважності, тактовності співрозмовників, налагоджує комунікацію між ними. Для цього необхідні ґрунтовні теоретичні знання з предмету «Українська мова за професійним спрямуванням», а також уміння використовувати їх у процесі практичної діяльності.

Отже, вивчення фахової мови у закладах вищої освіти України сприятиме піднесенню престижу державної мови як культурного надбання, визначатиме моральне здоров'я народу, його розвиток і поступ у майбутнє, стане запорукою вільного самовираження особистості у науково-навчальній та офіційно-діловій сферах спілкування.

### Список використаних джерел

1. Каганець І. Арійський стандарт: Українська ідея епохи великого переходу. – К.: А.С.К., 2004. – С. 73 – 74.
2. Словник-довідник з культури української мови / Д. Гринчишин, А. Капелюшний, О. Сербенська, З. Терлак. – Львів: Фенікс, 1996 – С. 9.
3. Ткач А. В. Культура фахового мовлення – важливий показник професіограми майбутнього медичного працівника / А. В. Ткач / Науковий вісник Чернівецького університету: зб. наук. праць. – Вип. 761. – Романо-слов'янський дискурс. – Чернівці: Чернівецький ун-т, 2015. – 94 с. – С. 80 – 83.

## **ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА КОНТРОЛЮ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ПРИ ВИВЧЕННІ КУРСУ МЕДИЧНОЇ ТА БІОЛОГІЧНОЇ ФІЗИКИ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ**

*Точиліна Тетяна Миколаївна,  
кандидат педагогічних наук, доцент,  
доцент кафедри медичної фізики, біофізики та вищої математики,  
Запорізький державний медичний університет,  
Точілін Артем Володимирович,  
студент фізичного факультету,  
Київський національний університет імені Тараса Шевченка*

В умовах воєнного стану та частковим переходом на дистанційне навчання, ще більш актуальним стає питання пошуку форм організації навчального процесу, в яких передбачається посилення ролі самостійної роботи студентів, та створення освітнього середовища на основі інформаційних і комунікаційних технологій, орієнтованого на індивідуальну роботу студента.

Питання організації самостійної роботи у виші відображені в роботах П.С. Атаманчука, Л.Ю. Благодаренко, В.П.Сергієнка, Б.Г. Юганзен, А.М. Куха, А.Г. Молибога, М.І. Шута та ін.

Для того, щоб організувати й реалізувати ефективну самостійну роботу студента, необхідно на основі наукового аналізу, розробити логічно завершену, цілісну теорію ефективного дистанційного навчання й адекватну методичну систему, що дозволить її реалізувати.

Модель ефективного дистанційного навчання полягає в тому, що студент самостійно може працювати за запропонованою йому індивідуальною програмою, яка включає в себе цільовий план дій, банк інформації й методичний посібник. Функції педагога можуть варіюватися від інформаційно-контролюючої до консультативно-координуючої.

Таке навчання формує навички самоосвіти, кожний студент досягає поставлених цілей і може самостійно працювати із запропонованою йому індивідуальною навчальною програмою. Технологія ефективного навчання активізує роботу студентів протягом семестру й організацію індивідуальної роботи в ході практичних занять, забезпечує інтенсифікацію й активізацію самостійної роботи студентів. Така система забезпечує постійне стимулювання й самодіагностику роботи студента.

При всьому різноманітті підходів до дистанційного навчання необхідно виявити мету впровадження ефективного дистанційного навчання в сучасну практику професійної освіти. Організації навчання вимагає значного підвищення самостійності, ініціативи, творчості, активності студента. Це спричинює необхідність застосування більш нових методичних підходів до стимулювання пізнавальної активності.

Така робота, в першу чергу, вимагає громіздкої праці по модернізації методичного забезпечення навчального процесу.

При проведенні проміжного й підсумкового контролю застосовуються тестові завдання. Тестування знань студента є одним з головних показників навчального процесу. Воно повинне бути максимально об'єктивним, щоб правильно оцінити не тільки глибину знань студента, але і його творчі здібності. Одна справа, коли студент здатний творчо переосмислити матеріал, і інша, коли навчання зводиться до механічного запам'ятовування. І тому багато чого залежить від професійних і особистих якостей викладача, від того наскільки точно і якісно розроблені завдання для тестового контролю.

Негативним моментом у тестових завданнях може бути можливість випадкового вгадування правильного варіанта відповіді, що найбільше близько аргументований серед інших відповідей.

Використання тестових завдань не дозволяє глибоко перевірити знання студентом теоретичної частини курсу. Тому тести ми використовуємо як доповнення до усної відповіді студента, що дозволяє об'єктивно оцінити знання студента.

Перехід до дистанційної системи навчання вимагає нового підходу не тільки до методів викладання, оцінювання знань студентів, але й структурі й змісту навчально-методичних видань. Прикладом рішення цієї проблеми став розроблений нами навчальний посібник «Медична фізика». Він дозволяє удосконалити методику навчання й адаптувати її до сучасних умов. Навчальний посібник представляє комплекс методичних матеріалів, призначених для студентів і викладачів,

Таким чином, дистанційна системи навчання вимагає нового науково-теоретичного й методологічного підходу до відбору змісту навчання, його структури, методам викладання, оцінювання знань студентів, застосуванню нових технічних засобів навчання й створенню принципово нової навчально-методичної літератури.

## ВИБІРКОВА ОСВІТНЯ КОМПОНЕНТА «ІМІДЖ ЛІКАРЯ»: ПЕРШІ РЕЗУЛЬТАТИ ВИКЛАДАННЯ

Уварова Олена Олександрівна,  
к.і.н., доцент, доцент кафедри суспільних наук,  
Одеський національний медичний університет

Професійна діяльність медичного працівника супроводжується необхідністю не тільки лікувати, але й спілкуватися з людьми, отже, спонукає лікаря до створення позитивного образу його як особистості та ділової людини. Сьогодні професійний імідж фахівця, складаючись з компетентності, культури поведінки та мовлення, емоційного інтелекту, дотримання вимог до зовнішнього вигляду тощо, впливає на його успішність. Тому здобувачі вищої медичної освіти потребують ознайомлення з основними позиціями іміджології ще на етапі навчання.

Останніми роками співробітники кафедри суспільних наук Одеського національного медичного університету працюють над НДР «Імідж лікаря: філологічний та історико-культурологічний аспекти» [1-5] і як результат розробили вибіркочну освітню компоненту «Імідж лікаря», викладання якої було втілено в освітній процес у 2022-23 н.р.

«Імідж лікаря» – це курс з високим рівнем рефлексії та інтеграцією гуманітарних та спеціальних наук, етики, деонтології, PR. Основною метою викладання є: засвоєння здобувачами знань іміджології та вироблення практичних умінь і навичок створення професійного іміджу лікаря як моральної та освіченої особистості. Завданнями стало: ознайомити здобувачів з вітчизняними і світовими традиціями у галузі іміджування, висвітлити схеми конструювання іміджу у медичній сфері, навчити використовувати набуті знання у практиці.

В умовах реформування медичної галузі пацієнт очікує змін у самому процесі спілкування з лікарем, тому необхідною є психологічна підготовка фахівців, розвиток їхніх компетентностей. Викладання компоненти цілком відповідає формуванню таких загальних компетентностей як: здатність до абстрактного мислення; здатність оволодівати сучасними знаннями і застосовувати їх у практичних ситуаціях; розуміння професійної діяльності; здатність використовувати комунікаційні технології; наполегливість щодо взятих обов'язків; здатність примножувати моральні та культурні цінності суспільства. Осягнення компоненти спрямоване на вироблення спеціальних фахових компетентностей: здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і розв'язувати медичні проблеми з урахуванням аспектів соціальної та етичної відповідальності; здатність до проведення аналізу діяльності лікаря, підрозділу, закладу охорони здоров'я; здатність до організації надання медичної допомоги населенню та проведення маркетингу медичних послуг; дотримання професійної та академічної доброчесності.

У 2022-23 н.р. вибіркочна компонента «Імідж лікаря» була запропонована здобувачам, у т.ч. іноземним, 2 і 3 курсів спеціальності «Медицина», багато з них виявили бажання її вивчати. Увагу було приділено таким темам як: технології управління іміджем, побудова та психологічні засади ефективного професійного іміджу лікаря, лідерський імідж лікаря, імідж медичної установи та ін. Серед практичних аспектів корисними стали завдання на самопозиціонування (укладання резюме, написання мотиваційного листа та дослідницького проекту). Саме розширення практичного боку освітньої компоненти є подальшим вдосконаленням її змісту. Анкетування щодо якості викладання цієї компоненти виявили позитивне ставлення і зацікавлення здобувачів.

Перші результати показали важливість наявності вибіркової компоненти «Імідж лікаря» для професійного самовдосконалення майбутніх працівників системи охорони здоров'я.

### Список використаних джерел

1. Сікорська О., Орду К. Комунікативна компетентність як показник професійного іміджу сучасного лікаря. *Актуальні питання гуманітарних наук*. 2021. Вип. 43. Т. 3. С. 207-212.
2. Сікорська О., Орду К. Формування професійного іміджу майбутніх лікарів як педагогічна проблема. *Актуальні питання гуманітарних наук*. 2021. Вип. 41. Т. 3. С. 211-216.
3. Тарасенко С. О., Уварова О. О. Усталений імідж лікаря: Необхідність або перешкода індивідуальності? *Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини*: тези доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю (для студентів та молодих вчених), присвяченої 150-річчю з дня народження В. В. Вороніна. Одеса, 9–10 квітня 2020 р. Одеса: ОНМедУ, 2020. С. 11.
4. Уварова О. О., Сікорська О. О. Уміння самоорганізації у майбутніх лікарів як умова формування професійного іміджу. *Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)*: збірник матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Запоріжжя, 24-25 лютого 2022 р. Запоріжжя: ЗДМУ, 2022. С. 90-91.

5. Уварова О. О., Сікорська О. О., Кулачинський М. М. Необхідність формування професійного іміджу в контексті вищої медичної освіти. *Теорія та практика сучасної науки та освіти: матеріали Міжнародної наукової конференції*. м. Дніпро, 29-30 листопада 2019 р. Ч. II. Дніпро: СПД «Охотнік», 2019. С. 78-79.

## **РОЛЬ КІНЕМАТОГРАФУ В НАВЧАННІ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ**

*Федоренко Ольга Олександрівна,  
к. соц. н., ст. викладач кафедри філософії,  
Харківський національний медичний університет*

Розвиток сучасної системи вищої освіти потребує залучення інтерактивних методик викладання, нових форм та методів навчального процесу. Активне використання таких методик допомагає прискорити темпи навчання за рахунок покращення доступності матеріалу, критичного його осмислення, підвищення мотивації студентів до навчальної діяльності. Не викликає сумнівів необхідність використання таких інтерактивних методик і для медичної освіти.

Крім того, сучасні студенти-медики є представниками цифрової епохи («покоління Z») і для забезпечення якісного навчання викладачам потрібно чітко усвідомлювати ключові особливості даного покоління. Так як візуальне сприйняття інформації у таких студентів розвинене краще, їхнє навчання має ґрунтуватись саме на таких освітніх інструментах. Графічні зображення, відеоматеріали, анімація суттєво урізноманітнюють процес навчання, роблять його більш цікавим і сучасним, розвивають творче мислення здобувачів освіти, сприяють ефективнішому засвоєнню ними матеріалу.

Одним з таких візуальних інструментів є кінематограф. Використання художніх та документальних фільмів в освітній діяльності – розповсюджена практика в закордонних медичних вишах. Наприклад, на медичному факультеті Мюнхенського університету Людвіга-Максиміліана з 2005 року існує проєкт, який став частиною навчальної програми, «Кіно та медицина», де студенти дивляться фільми та обговорюють їх зі спеціалістами медичної сфери [1]; а в бібліотеці Інституту етики Кеннеді міститься колекція з понад 700 унікальних DVD та відеокасет з документальними та художніми фільмами, присвячених питанням етики, яка постійно поповнюється [4].

Роль кінематографа в освітній, в тому числі медичній, діяльності розглядалася у роботах багатьох закордонних науковців. Дидактичні можливості використання фільмів у викладанні біоетики досліджували М. Альбалахедо та Дж. Санчез, Я. Солбак, А. Меркаде та В. Аларкон, [3; 8; 2; 5], іспанські науковці Ф.С. Санчез, А. Болумбуру та К. Агірре сфокусувалися на етичних аспектах окремого фільму («Утікач», 1993) [7], а Ч. Айк та Н. Андерсон запропонували за допомогою таких візуальних інструментів, як фільми і комікси навчати біоетиці підлітків старшої школи [6].

На думку іноземних дослідників, кіно, з його потужним впливом на інтелект, почуття та емпатію, є надзвичайно важливим інструментом навчання, який допомагає студентам зрозуміти та запам'ятати аргументи та точки зору щодо складних етичних проблем, таких, наприклад, як експерименти на тваринах, донорство органів, сурогатне материнство, генні технології, репродуктивні технології, евтаназія [6]. Фільми чудово відображають обставини, індивідуальний і соціальний контекст, у якому відбуваються події, і є ідеальним засобом описати хворобу як індивідуальний досвід і як соціальний феномен, а не лише як біологічний факт чи абстрактну нозологічну сутність.

Окрім інтелектуальної, лікар має розвинути, емоційну та чутливу сфери, які дозволять йому зрозуміти хвору людину, те, що вона відчуває, її життєві проблеми. Фільми можуть допомогти досягти більшої соціальної чутливості до хвороб, самотності, паліативної допомоги, питань, пов'язаних зі смертю, самогубствами тощо.

Перегляд кінофільму у навчальних цілях передбачає не лише його демонстрацію і має сприйматися аудиторією не лише як розвага, а і як матеріал для вдумливої та серйозної роботи.

Розглянемо як приклад фільм Алехандро Аменобара «Море всередині» (2004), сюжет якого заснований на реальній історії іспанця Рамона Санпедро та розкриває його боротьбу за «гідну смерть». Даний фільм не тільки показує складне життя людини з тетраплегією, а й надає багато аргументів «за» (від самого Рамона, його адвоката та певних асоціацій) та «проти» евтаназії (від його сім'ї, паралізованого католицького священика, іспанської держави). Однак, фільм «Море всередині» – це не просто зняті на плівку дебати щодо евтаназії, а дуже особисте уявлення про



життя однієї людини з інвалідністю; це трагічна історія життя людини, яка хотіла, щоб суд визнав її право обирати життя чи смерть. На нашу думку, дана кінокартина дозволить студентам-медикам розширити кругозір, зрозуміти етику відповідальності, принцип автономії пацієнта, виокремити патерналістську та антипатерналістську позиції щодо права на смерть, поставити себе на місце хворої людини, замислитися над цінністю життя.

Таким чином, кіно є засобом аудіовізуального оповідання, яке використовує людські історії та добре відображає обставини, контекст захворювання, які здатні розповісти про морально-етичну комунікативну взаємодію медичного працівника з колегами, пацієнтами, громадськими організаціями та про ситуації клінічної практики, у яких виникають етичні конфлікти. Отже, щоб покращити розуміння делікатних і складних тем у медицині, слід використовувати такі візуальні інструменти як фільми, оскільки вони здатні привернути увагу та відкрити для студентів «вікно» в реальність медичного світу.

#### Список використаних джерел

1. Лазарева Н. Мировой кинематограф как медицинская энциклопедия. *DW*. 2012. URL: <http://bit.ly/3x1p13V>
2. Alarcón W.A., Aguirre C.M., Mendinueta, C. The Cinema in the Teaching of Medicine: Palliative Care and Bioethics. *Journal of Medicine and Movies*. Vol. 3, № 1. 2007. pp. 32–41. URL: <http://bit.ly/3YpjQGM>
3. Albaladejo Farré M., Sánchez Pérez J. Use of Popular Films in the Teaching of Bioethics in Studies of Biology. *Journal of Medicine and Movies*, Vol. 7, № 1, 2010. pp. 3–7. URL: <https://bit.ly/3DNe75z>
4. Bioethics Film Collection. URL: <http://bit.ly/3I7Xwfr>
5. Blanco Mercadé A. Clinic bioethics and cinematographic narrative. *Journal of Medicine and Movies*, Vol. 1, № 3. 2005. pp. 77-81. URL: <https://bit.ly/3liBCNu>
6. Ike C. G., Anderson, N. A proposal for teaching bioethics in high schools using appropriate visual education tools. *Philosophy, ethics, and humanities in medicine : PEHM*, 13(1):11. 2018. pp. 1-5. URL: <https://bit.ly/3xnmWj3>
7. Lozano Sánchez F., Areitio-aurtena Bolumburu A. Ethics of Clinical Research and the Cinema. The Other Fugitive (1993). *Journal of Medicine and Movies*, Vol. 2, № 2. 2008. pp. 44–50. URL: <http://bit.ly/3JOXOsJ>
8. Solbakk J. Movements and Movies in Bioethics: The Use of Theatre and Cinema in Teaching Bioethics. In: H. ten Have (Ed.). *Bioethics Education in a Global Perspective*. Springer. 2015. pp. 203-221. URL: <https://bit.ly/3YyU3f2>

### ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ РОЛЬОВИХ ІГОР НА ЗАНЯТТЯХ З «УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ (ЗА ПРОФЕСІЙНИМ СПРЯМУВАННЯМ)»

Федько Ольга Юріївна, к.філол.н.,  
ст.викладач кафедри культурології та українознавства,  
Запорізький державний медичний університет

Формування комунікативної компетентності студентів на заняттях з «Української мови (за професійним спрямуванням)» передбачає підготовку до різних комунікативних ситуацій, пов'язаних із професійною діяльністю. У реалізації цього завдання у пригоді стає метод рольової гри, тобто «активність у процесі рольової взаємодії, спрямована на опанування рольовою компетентністю – міжособистісною (із прийнятими особистісними ролями) і професійною (із прийнятими професійно важливими ролями)» [1, с. 97-98]. Під час рольової гри формуються численні комунікативні уміння взаємодії зі співрозмовником (вміння ввічливо почати, підтримати, завершити бесіду, уважно слухати і ставити уточнювальні запитання, вести дискусію, обстоювати свою точку зору і переконати співрозмовника, розв'язувати / уникати конфліктів, володіти стратегіями спілкування тощо) [див. 3, с. 15]. Застосування цього інтерактивного методу забезпечує також підвищення активності та зацікавленості здобувачів освіти, адже «при цьому не тільки студент, який говорить, але й студент, який слухає, максимально активні, оскільки останній повинен зрозуміти й запам'ятати репліку партнера, співвіднести її із ситуацією, визначити, наскільки вона релевантна ситуації та завданням спілкування, і, відповідно, правильно відреагувати на репліку співрозмовника» [3, с. 19].

Рольова гра є органічною частиною вивчення теми «Особливості українського мовленнєвого етикету. Комунікативні ознаки культури мовлення. Мовленнєвий етикет медичного працівника», позаяк дає можливість на прикладі живого спілкування простежити особливості мовленнєвого

етикету медичного працівника у системах «лікар – пацієнт» та «лікар – медичний працівник». Л. Пікулицька наголошує на необхідності залучення у поставлене перед студентами завдання проблемної ситуації, завдяки чому «активізується потреба сказати, запитати, з'ясувати, довести, висловити свою точку зору, поділитися певною інформацією із співрозмовником тощо, робить висловлювання мовців аргументованими й емоційними. Крім того, необхідність ретельного обдумування ситуації розвиває логічне мислення студентів, вміння наводити аргументи і контраргументи, переконувати співрозмовника» [3, с. 14]. Як завдання підвищеної складності можуть бути запропоновані діалоги на дискусійні теми (повідомлення про невиліковну хворобу, обговорення абортівної контрацепції, донорства органів тощо).

При підготовці до заняття з теми «Публічний виступ та його жанри» можна запропонувати студентам участь у круглих столах, а на занятті з теми «Науковий стиль у фаховому мовленні» можна провести міні-конференцію. Здобувачі освіти матимуть можливість попрацювати у комунікативній ситуації «доповідач – слухачі», спробувати власні сили як у публічному мовленні, так і у формуванні уточнювальних запитань та обговоренні.

Отже, застосування методу рольової гри на заняттях з «Української мови (за професійним спрямуванням) сприяє соціальному формуванню особистості майбутнього медичного працівника, засвоєнню основ професійного етикету, усвідомленню необхідності враховувати психічні особливості та емоційний стан співрозмовника та зберегти людиноцентричний підхід до професійної діяльності.

#### Список використаних джерел

1. Котикова О. М. Рольові ігри у психолого-педагогічній підготовці майбутніх юристів // *Духовність особистості: методологія, теорія і практика*. – 2012. – Вип. 3. – С. 93–99.
2. Крашеніннікова Т.В., Подворчан А.З. Українська мова професійного спрямування (нестандартні заняття): Навчальний посібник. – Дніпро: 2018. – 66 с.
3. Пікулицька Л.В., Байдак Л.І. Рольова гра як один із методів оптимізації викладання української мови як іноземної // «*Science and civilization – 2016*». – Sheffield, 2016. – Volume 12. *Philological sciences*. – Science and education LTD. – С.14–19.

### ВИКОРИСТАННЯ ДИСТАНЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ ПРИ ПІДГОТОВЦІ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ

*Фурик Олена Олександрівна,  
к.мед.н., доцент кафедри інфекційних хвороб,  
Рябокоть Юрій Юрійович,  
д.мед.н., професор кафедри дитячих інфекційних хвороб,  
Саліонов Володимир Олександрович,  
к.фарм.н., старший викладач кафедри біологічної хімії,  
Запорізький державний медичний університет*

**Вступ.** Здобуття професійних знань при підготовці медичних фахівців поряд із традиційними методиками викладання потребує використання сучасних інформаційних та інтерактивних комп'ютерних технологій, а їх актуальність в умовах реформування в системі охорони здоров'я України, запроваджених карантинних заходів та в складних умовах сьогодення не викликають сумніву.

Фундаментальною ціллю сучасної базової медичної освіти за будь-яких обставин є підготовка конкурентоспроможних фахівців міжнародного класу. Для досягнення цієї мети поряд із традиційними методиками викладання для підготовки студентів використовують ряд дистанційних [2, с. 177]. Проте, застосування сучасних інформаційних освітніх технологій [3, с. 74; 1, с. 133] є не менш актуальним як на етапі післядипломної освіти, так і при навчанні досвідчених лікарів з метою підвищення кваліфікації.

Навчання, засноване на хмарних технологіях, не вимагає від того, хто здобуває освіту фізичної присутності за місцем навчання й дозволяє подолати існуючі географічні, технологічні та соціальні бар'єри як в процесі надбання знань, так і в процесі надання консультативної допомоги для практикуючих лікарів.

Так, у Запорізькому державному медичному університеті є досвід застосування онлайн курсів на платформі edX для студентів та лікарів інтернів, системи Ratos для підготовки здобувачів вищої освіти до компонентів ЄДКІ, платформи Openlabyrinth для реалізації проблемно – орієнтованого навчання з віртуальними пацієнтами, методики MOOC (Massive open online course) – масових відкритих онлайн-курсів [4, с. 174] та засобів MS Forms та MS Teams пакету Office 365

[5, с. 307] для реалізації навчального процесу в синхронному онлайн режимі з повною візуалізацією.

Окрім того, для відпрацювання практичних навиків студентів та лікарів у дистанційному режимі залишається актуальним застосування Body Interact – інтерактивного стимуляційного обладнання. Це дає можливість працювати з віртуальними пацієнтами в онлайн режимі та вдосконалювати клінічне мислення у безпечних для реальних пацієнтів умовах, які у Запорізькому державному медичному університеті розміщені на базі міжкафедрального тренінгового центру [6, с. 339].

**Висновки:** При підготовці медичних фахівців для надбання професійних компетенцій, які містять теоретичні знання та практичні вміння, важливу роль має впровадження та використання сучасних інтерактивних та дистанційних технологій, що є актуальним в умовах сьогодення та й у майбутньому стане основою для успішної професійної безперервної освіти лікарів, що підвищить якість діагностики та надання медичної допомоги, й за необхідності в дистанційних умовах у форматі телемедицини.

#### Список використаних джерел

1. Кравець Н.О. Впровадження Google-сервісів в навчальний процес як ефективна умова комунікації та співпраці учасників навчального процесу / Н.О. Кравець, А.С. Сверстюк // Вимірjувальна та обчислювальна техніка в технологічних Процесах. - № 2. – 2015. – С. 132-134.

2. Доцільність впровадження інформаційних технологій у сучасну освіту / Т. Є. Онiщенко, О. В. Рябокoнь, В. Г. Савельєв [та ін.] // Актуальні питання дистанційної освіти та телемедицини 2018 : матеріали Всеукр. наук.-метод. відеоконф. з міжнар. участю (25-26 квіт. 2018 р., м. Запоріжжя). – Запоріжжя : ЗДМУ, 2018. – С. 60-62.

3. Семенець А. В. Про досвід впровадження системи електронного документообороту у медичному ВНЗ / А. В. Семенець, В. Ю. Ковалок // Медична інформатика та інженерія. - 2014. - № 3. - С. 73–79. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mii\\_2014\\_3\\_14](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mii_2014_3_14)

4. Про засоби СДО MOODLE для підготовки навчальних матеріалів для курсів хімічного та фармацевтичного спрямування / А. В. Семенець, Д. В. Вакулєнко, В. П. Марценюк та ін. // Медична освіта. – 2018. – № 4. – С. 172–177.

5. Етапи розвитку дистанційної освіти в медицині / О.О. Фурик, О.В. Рябокoнь, Т.Є. Онiщенко [та ін.] // «Актуальні питання якості медичної освіти» (з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку): матеріаль XIII Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (Тернопіль, 12-13 травня 2016 р.): у 2 т. / Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачєвського. - Тернопіль: ТДМУ, 2016. – Т.1. – 348 с. – С. 307-308.

6. Використання освітніх дистанційних технологій в карантинних умовах COVID-19 / Фурик О.О., Рябокoнь О.В., Калашник К.В., Задирака Д.А. // Всеукраїнський науково-практичний журнал «Директор школи, ліцею, гімназії» - Спеціальний тематичний випуск «Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору». № 2 –Кн.2 - Том II(87). – К.: - Гнозис, 2020. - С. 336-342.

## ПІДГОТОВКА ТА САМООРГАНІЗАЦІЯ СПЕЦІАЛІСТА-ІНОЗЕМЦЯ НА ЗАНЯТТЯХ З ФІЗИКИ

*Філіпенко Ірина Іванівна, к. пед. н., доцент,  
Запорізький державний медичний університет*

**Анотація.** У статті розглядається формування і розвиток світогляду студентів-іноземців. Це є одним із найважливіших завдань курсу фізики, враховуючи при цьому інтенсифікацію навчання, оптимізацію практичної підготовки студентів та посилення індивідуального підходу і педагогічної спрямованості навчального процесу в умовах дистанційного навчання.

**Ключові слова:** керування та контроль знань, коригування, самоорганізація, дистанційне навчання.

**Annotation.** We consider the formation of i development cvitohlyadu students. This is one of the major problems with the course of physics, motivated practicability of the use module subject of the factors quality knowledges, influence them on sphere of the education, systematic and independent functioning(working) the student on living the semester in distance learning

**Key words:** management and control of knowledge, adjustment, self-organization, distance learning.

В умовах сучасної дистанційної освіти в Україні однією з основних задач для навчання студентів-іноземців, майбутніх спеціалістів є упор на самостійну роботу.

Як показує досвід, студенти-іноземці, вчорашні випускники іноземних шкіл, не готові до самостійної роботи, не знають досконало мови, не вміють організувати свій робочий день, а частіше просто не можуть змусити себе працювати без поштовху ззовні. Таким поштовхом до регулярної самостійної роботи над курсом може бути тільки систематична поточна перевірка знань і умінь студентів. Досягти формування знань, умінь і керування навчальним процесом можна лише за допомогою поточної перевірки. У педагогіці *керуючий* – викладач, *об'єкт керування* – пізнавальна діяльність студентів.

Досягнення цілей керування буде неможливим, якщо студентам не відома мета навчання, тобто та система знань, навичок і умінь, якою вони повинні оволодіти до кінця вивчення тієї чи іншої теми, чи розділу курсу, чи дисципліни в цілому. Таким чином, система знань і умінь з даної теми, вимагає як діяльності пам'яті, так і мислення.

Після того, як визначені цілі навчання, складаються завдання, що адекватно відбивають ці цілі на даному етапі формування знань.

Для оцінки всієї системи знань і умінь студентів розроблені рівні контролю. Контроль здійснюється за трьома рівнями, починаючи з рівня, що вимагає тільки роботи пам'яті (репродуктивний рівень) і закінчуючи евристичним рівнем, що вимагає найбільш складного вигляду психічної діяльності (табл.1).

Думка про необхідність застосування у процесі поточної перевірки різних методів контролю висловлюється в роботах ряду авторів-методистів.

Перший етап перевірки, ціль якого встановлення у студентів-іноземців наявності певних формальних знань (мови, формул, визначень, законів, одиниць вимірів і т.п.), розуміння взаємозв'язку між окремими фактичними знаннями, уміння застосовувати закони і формули для розв'язання простих задач, що не вимагають складних логічних і математичних операцій, проводиться за допомогою програмованого тесового контролю з п'ятьма вибірковими відповідями на питання. На даному етапі важлива швидкість контролю.

**Таблиця 1**

**Рівні контролю у процесі діяльності студентів на заняттях з фізики**

<i>Рівень контролю</i>	<i>Переважний вид психічної діяльності</i>	<i>Діяльність студентів</i>	<i>Метод контролю</i>
Репродуктивний (РР)	Пам'ять	Можуть відтворити формули, формулювання законів, визначення, виконувати математичні викладення у процесі виявлення фізичних закономірностей, не вникаючи в суть фізичних явищ і процесів.	Автоматизований; письмовий
Алгоритмізованих дій і умінь (АДУ)	Мислення	Можуть розбиратися в суті фізичних явищ і процесів. Висновки стосовно фізичних закономірностей виконуються усвідомлено, можуть порівняти різні теорії, відзначаючи їх достоїнства і недоліки. Застосовують знання теорії у процесі розв'язання задач, користуючись визначеним алгоритмом розв'язання.	Усний; письмовий
Евристичний (ЕР)	Творча фантазія	Можуть застосовувати знання при розв'язання великого кола нестандартних задач, самостійно складаючи алгоритм їх розв'язання.	Письмовий

Другий етап, що складається з перевірки математичних виводів законів і формул, проводиться письмово на онлайн-заняттях.

Третій етап – розвиток логічного мислення, мови у студентів – здійснюється за допомогою усного методу перевірки на практичних онлайн-заняттях.

Четвертий етап – перевірка уміння застосовувати отримані знання для розв'язання конкретних задач, що вимагають досить складних логічних і математичних операцій – письмова перевірка (модульні контрольні роботи).

Кожне знання – елемент системи знань, що буде згодом замінено бонусами у вигляді балів. Накопичувальна система балів дає в результаті реальну оцінку знань студентів.

Контроль за ходом навчання і корекція навчальної діяльності здійснюється залежно від моделі навчання, прийнятої за основу. Своєчасний контроль розширює можливості корекції знань студентів, забезпечує зворотній зв'язок з студентом та визначає рівень його знань з метою організації адаптованого керування навчанням.

Система показників наукового рівня знань студентів містить у собі повноту, узагальненість, гнучкість, систематичність, оперативність та глибину.

*Повнота* припускає дії, результатом яких є усвідомлення змісту абстракцій. Їй відповідають дії студентів, орієнтовані на точне знання і формулювання окремих ознак і їхній склад, на аналіз і побудову визначень, на переклад якісного опису і пояснення явищ у кількість ознак, на аналіз значень. Зазначені дії мають місце в таких завданнях: “Перерахуйте основні властивості силових ліній. Чи усі ознаки сили відбиті в законі Кулона? Як спрямована сила взаємодії між точковими зарядами?”

*Узагальнення* виражає дії, результатом яких є сформування узагальненого уявлення про зв'язки ознак в обсязі предметної галузі знання. Здійснюючи в процесі засвоєння конкретні дії по застосуванню знань, студенти піднімаються до усвідомлення їх як правил, алгоритмів, способів розв'язування задач, виділення окремих випадків застосування правил, і нарешті, довільного зв'язування їх у контексті загального міркування. Дії студентів в основному спрямовані на дослідження і виведення окремих правил. (Доведіть, що через одну точку поля не можуть проходити дві різні еквіпотенціальні поверхні. У яких випадках силові лінії електричного поля співпадають із траєкторією руху заряду?).

*Систематичність* виявляється в діях, у результаті яких усвідомлюються міжрівневі відносини за видовими, функціональними і генетичними ознаками, що визначають досліджувану систему знань. Змістом дій студентів стає кожний з виділених у навчальному матеріалі способів систематизації. Прикладом можуть слугувати дії, що вимагають порівняння видових понять (Як за відомим розподілом потенціалів поля можна знайти вектор напруженості в будь-якій точці поля?); генетичних (У чому полягає доказ зв'язку заряду і поля, створюваного ним?). Ці дії приводять знання студентів у систему.

*Мобільність* характеризує, наскільки повно в знаннях студентів виявлена та сторона дійсності, що відбита в змісті досліджуваного завдання. Дії студентів зводяться до порівняння явищ, оцінювання відібраних фактів, добору власних прикладів, складання задач.

*Дієвість* характеризується результатом застосування знань в усій різноманітності зовнішніх зв'язків і відносин.

**Висновки.** Прогнозувати масові помилки студентів-іноземців і намічати заходи для їх попередження можливо, якщо в процесі діяльності врахувати три умови: студент виконує завдання одного типу; у завданнях незмінно повторюється деяка особливість; її усвідомлення не обов'язкове для набуття вірного результату – тоді ступінь усвідомлення цієї особливості знижується.

## **ФАКТОР ОНЛАЙН-НАВЧАННЯ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ ЯК ІНОЗЕМНОЇ СТУДЕНТІВ – ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН ОНЛАЙН В ЗДМУ**

*Якутіна Таміла Георгіївна,  
ст. викладач кафедри мовної підготовки,  
Запорізький державний медичний університет*

Тепер, як і три роки тому, ми продовжуємо відповідати на дуже серйозні виклики, що ставить перед нами життя. На даному етапі маємо, як і всі освітяни України, життєво важливе завдання. Йдеться про питання подальшої зайнятості загалі педагогічних фахівців, а також їх творчої самореалізації. У першу чергу, звичайно, маємо на увазі викладачів кафедр мовної підготовки.

Одним із важливих критеріїв дисципліни «Українська мова як іноземна», так само як всіх інших дисциплін у ЗВО, залишається націленість та зосередженість на підготовці майбутніх фахівців, які здатні критично мислити, грамотно працювати з великим обсягом інформації, а також бути готовими постійно самовдосконалюватися і розвиватися, застосовуючи на практиці отримані знання.

Швидко перейти, перенацілитися викладачам кафедри на онлайн-навчання допомогло те, що впродовж декількох років розроблялися, готувалися та впроваджувалися навчальні матеріали онлайн курсів для самостійної роботи студентів.

Якісна різностороння підготовка іноземних студентів, в майбутньому дипломованих медичних фахівців, неабияке значення має набуття та практичне відпрацювання мовленнєвої компетенції.

Питання ефективного, різностороннього, творчого наповнення уроків в онлайн режимі є центральним на кафедрі мовної підготовки ЗДМУ. Тому постійний пошук, перевірка на практиці різноманітних оптимальних форм і методів презентації нового матеріалу, контролю та практичного засвоєння отриманої інформації, вмінь та навичок мовлення- провідне завдання викладачів кафедри.

Сьогодні можна говорити про можливість використання формату онлайн-навчання на постійній основі у тих випадках, коли це ефективно та виправдовується методикою організації навчального процесу, а саме навчання іноземної мови.

Вибір платформи Microsoft Teams для інтерактивної діяльності виявився достатньо дійовим та практичним з точки зору організації та проведення занять. Завдяки цьому існує ефект присутності у віртуальній аудиторії, без особливих втрат якості навчання. Тестові завдання у додатку Forms допомагають більше заощадити часу, а студенти можуть мати крім тексту ще візуальне, аудіо підтвердження тестового матеріалу. Широке застосування інтерактивних методів допомагає кращому засвоєнню навчального матеріалу.

Використання інтерактивних платформ дає змогу залучити до онлайн формату велику кількість програмних тем освітньої діяльності, зберігаючи при цьому об'єктивність оцінювання знань та якість навчання. Навчання української мови як іноземної спрямоване не лише на формування комунікативних навичок та вмінь, а й на створення рівня самостійності студентів, певної їхньої автономії. При цьому є умови для розвитку активності особистості, її творчих здібностей, готовності до подальшого використання української мови у навчально-фаховій діяльності.

Окремо варто зазначити, що необхідність переходу до онлайн середовища сприяло як розвитку у більшості іноземних студентів позитивних навичок самоорганізації, так і появи у частини студентів небажання, неготовності до самодисципліни. Також є об'єктивні негативні фактори: відсутність або поганий інтернет, відключення електроенергії.

Та все ж, в цілому, можна констатувати, що організація процесу онлайн навчання іноземних студентів української мови як іноземної проходить планово, з залученням ефективних та результативних інтерактивних методів, що нівелюють вплив фактору відсутності прямого контакту викладача з групою під час навчального процесу.

#### Список використаних джерел

1. Концепція розвитку дистанційної освіти в Україні (затверджено Постановою МОН України В.Г. Кременем 20 грудня 2000 р.)
2. Кудрявцева С.П. Міжнародна інформація : навчальний посібник / С.П. Кудрявцева, В.В. Колос. – К. : Видавничий дім «Слово», 2005. – 400 с
3. Биков В.Ю. Дистанційне навчання в країнах Європи та США і перспективи для України / В.Ю. Биков // Інформаційне забезпечення навчально-виховного процесу: інноваційні засоби і технології : кол. монографія / В.Ю. Биков, О.О. Гриценчук, Ю.О. Жук та ін. / Академія педагогічних наук України, Інститут засобів навчання. – К. : Атіка, 2015. – С. 77–140. 14
4. Морзе Н.В. Інформаційні технології в навчанні : навч. посіб./за ред.Н.В. Морзе. – К.:Видавнича група BVH, 2004. – 240 с.
5. Клокар Н. Методологічні основи запровадження дистанційного навчання в системі підвищення кваліфікації / Н. Клокар // Шлях освіти. – 2012. – № 4 (46). – С. 38-41. 4. Відділ дослідження і проектування навчального середовища ІТЗН АПН України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ime.eduua.net/nauk.h>

## СЕКЦІЯ 7. МЕДИЦИНА В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВІЙНИ

### СТРАХ СМЕРТІ В УМОВАХ ВІЙНИ

*Вітюк Ірина Костянтинівна,  
кандидат філософських наук, доцент,  
доцент кафедри педагогічних технологій та мовної підготовки,  
Власюк Катерина Артемівна, студентка,  
Державний університет "Житомирська політехніка"*

**Анотація.** Страх смерті належить до основних екзистенціалів людського буття, який супроводжує її упродовж усього життя, періодично загострюючись. Особливої актуалізації набуває страх смерті в умовах війни, коли існує безпосередня загроза життю людини.

**Ключові слова:** страх смерті, війна

**Abstract.** The fear of death is one of the basic existentials of human existence, which accompanies us throughout life, periodically intensifying. The fear of death becomes especially relevant in the conditions of war, when there is a real threat to human life.

**Key words:** fear of death, war

Кожна людина боїться смерті. Усвідомлення конечності власного буття належить до атрибутивних ознак самосвідомості і отже супроводжує людину упродовж усього життя. Страх смерті періодично загострюється, як от у підлітковому віці, що пов'язується із дозріванням, чи коли людина переживає кризу середнього віку. Прикметно, що усвідомлення того, що більша частина життєвого шляху вже минула, позначається постійною присутністю страху смерті в житті людини [8, с.16-17]. Відтак, страх смерті постає як екзистенціал буття людини.

Актуалізація страху смерті зумовлена не лише фізіологічно-психологічними чинниками, а й може провокуватися ззовні. Так, людина повертається до нього, переживаючи важкі кризові стани, "травматичні події рівня катаклізму [8, с.48]. І хоча страх смерті є індивідуальним переживанням, у даному дослідженні предметом обговорення будуть катастрофічні події великих масштабів, які стали тригерами страху смерті для величезної кількості людей. Мова піде про війну на прикладі повномасштабного вторгнення Росії на територію України 24 лютого 2022 року. Не можна обійти увагою також іще один катастрофічний досвід людства – Ковід-19, який просто напередодні цієї війни забрав життя мільйонів людей. І вже саме спостереження за цим процесом стало чинником провокування страху смерті в усіх куточках земної кулі.

Війна легалізувала присутність смерті у повсякденному житті. Тепер кожен розуміє, що Я не просто смертний, а можу померти в будь-який момент кожного дня. Ми виявилися перед багатьма проявами страху смерті: втечею з території, де потенційно найбільша небезпека померти; запереченням, униканням; зверненням по заспокоєння до ірраціонального у різних його формах тощо. В умовах війни саме військовослужбовці мають найбільший досвід "контактування" зі смертю, і відповідно, страх смерті є невід'ємною частиною їх буттєвості тут і сьогодні. У кінці травня 2022 року Науково-дослідний центр гуманітарних проблем Збройних Сил України випустив методичний посібник під назвою: "Теорія і практика управління страхом в умовах бойових дій" [2], у якому головна увага приділена страху смерті, попередженню його негативного впливу і його подоланню. У посібнику зазначено форми прояву страху смерті у військовослужбовців, зокрема: 1) нав'язливі думки про смерть; 2) постійна тривога; 3) тілесні прояви, такі як панічні атаки та ін.; 4) надмірна обережність, аж до рівня тривожного розладу; 5) зниження здатності раціонально мислити; 6) різні форми залежності від речовин, які знижують рівень тривожності; 7) різке звуження уваги [3, с. 16-17]. Серед порад, спрямованих на управління психологічним станом військових, відзначається "підвищення ненависті до ворога до максимально можливого рівня" [3, с. 66], що постає ефективним механізмом переключення уваги людини у напрямку конструктивного рішення проблеми. Часто люди, які перебувають на передовій, засвідчують, що страх смерті насамперед пов'язаний із страхом втрачати близьких людей [4]. Певну "свободу" від страху смерті дає прийняття цієї ідеї: "Прийняв – заспокоївся. ... домовився зі своїми страхами – вільний. ... І я остаточно прийняв смерть на цій війні як майже невідворотну. ОК, значить так буде. Або не буде" [6].

Своєрідний "сплеск" страху смерті у більшості населення ми пережили на самому початку війни. Як зазначають психологи, "першою хвилею іде страх, тривога, розгубленість, паніка, істерика, ступор, напружене очікування на катастрофу". Проте вже на 3-5 день ці емоції поступаються іншим: роздратуванню, злості, люті, і вже вони "додають нам енергії боротися" [2.]

Серед мирного населення страх смерті переслідує насамперед тих, хто безпосередньо став жертвою агресії, наприклад, бомбардувань, евакуації під ворожими обстрілами тощо. Часто після пережитих подій у людини залишається "тваринний страх смерті" [1], який може проявлятися на фізичному рівні, зокрема як панічні атаки чи розлади сну. Серед інших ознак страху смерті – надмірна тривога щодо цього питання, що часто може призводити до соціальної ізоляції, внаслідок якої може розвинути депресія [7].

Слід відзначити і своєрідний закономірний процес зниження страху смерті із плином війни. Кастомізація присутності смерті щодня, принаймні в інформаційному просторі, перевела її в ранг "буденних" явищ, адаптуючи до інших звичних для людини подій. Водночас ми можемо спостерігати цілу низку стратегій боротьби із страхом смерті, які населення України – свідомо чи підсвідомо – активно імплементує у своє щоденне життя. Безумовно, найбільш адекватним і коректним методом боротьби із страхом смерті є звернення до професійних психологів [7], проте більшість населення внутрішньо не готує до такого кроку. Так що ж реально допомагає людині сьогодні в умовах війни співіснувати зі страхом смерті? Евакуація людини із територій, на яких існує найбільша небезпека для життя. Процес закономірний і в усіх відношеннях виправданий. Досить поширеною є стратегія уникання, ескапізму, яку можна описати формулою: це мене не стосується. Побуває точка зору, згідно з якою стан уникання (який насправді належить до трьох стадій тривоги), сформувався в ході еволюції не лише у людини, а й тварин, які у випадку небезпеки "завмирають". Людина ніби закривається від дійсності, заперечує її [5]. Так, наприклад, можна розцінювати відмову від евакуації, якщо вона потрібна, або ігнорування сигналу про повітряну тривогу.

Популярним шляхом подолання багатьох проблем, зокрема страху смерті, невизначеності тощо є звернення людини до сфери ірраціонального. Церква постає тим соціальним інститутом, яка легалізує ірраціональне у житті суспільства. Вже сама ідея трансцендентного Бога, який перебуває у "потойбічному" світі, куди потенційно відкритий шлях кожному після фізичної смерті, є механізмом нівелювання страху смерті. Проте з початком війни відбулася актуалізація присутності у житті суспільства таких феноменів, як екстрасенси, ворожки/ маги/ мольфари, астрологи і тарологи. Їх ютуб-канали розширили свою аудиторію; вони стали досить часто з'являтися в офіційних ЗМІ з прогнозами, пророцтвами і розкладами. Досить поширеним у їх діяльності став формат діалогу: живі стріми з глядачами; відповіді на їх питання, задані на сторінках у соцмережах і особистих повідомленнях тощо. І варто відзначити, що у такий спосіб вони теж відіграють велику терапевтичну роль у подоланні соціальної напруги, тривожних станів, стресу для великої кількості людей.

І звичайно, не можна обійти і надзвичайно дієвий спосіб боротьби із багатьма негативними явищами, страхами, фобіями, який довів свою ефективність із перших днів війни: гумор і сміх. Медіапростір України просто переповнений мемами, які виникли за часів війни і навіть значною мірою диктують світові тренди. Ну, згадати хоча б "А я вам покажу, звідки на Білорусь готувався напад", "Рускій военний карабль...", шапка Бориса Джонсона з мерчем укрзалізниці та інші. Генерування смислів через такий дієвий механізм впливу на суспільство, як сміх, допомагає не лише подолати страх смерті, а й значно вплинути на багато явищ соціального життя. Пригадаймо хоча б один із останніх трендів на леопардовий одяг і челендж "Свободу леопардам", підхоплений у багатьох країнах світу.

#### Список використаних джерел

1. "Був дуже сильний страх смерті". Призерка Олімпіади Ліщинська вдруге покинула дім через агресію РФ. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://suspilne.media/216919-buv-duze-silnij-strah-smerti-prizerka-olimpiadi-lisinska-vdruge-pokinula-dim-cerez-agresiu-rf/>
2. Війна: що робити зі страхом і панікою. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.bbc.com/ukrainian/blogs-60604260>
3. Кокун О. М., Мороз В. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Теорія і практика управління страхом в умовах бойових дій : метод. посібник / О. М. Кокун, та ін. Київ-Одеса: Фенікс, 2022. 88 с.
4. Листи з фронту: Юлія Сідорова "Куба" – про відсутність страху смерті, любов до моди та про те, навіщо на війні парфуми. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://vogue.ua/article/culture/lifestyle/listi-z-frontu-yuliya-sidorova-kuba-pro-emociyne-vigorannya-vidsutnist-strahu-zaginati-ta-pro-te-navishcho-na-viyni-parumi-50188.html>
5. Психологічна підтримка під час війни. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://ohoronapraci.kiev.ua/article/medicine/psihologicna-pidtrimka-pid-cas-vijni>



6. Чех Артем. Я прийняв смерть. Чому мені не страшно загинути на цій війні. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://focus.ua/uk/opinions/517466-pochemu-mne-ne-strashno-pogibnut-na-etoj-vojne>

7. Як подолати страх смерті, – поради психолога. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://hromadske.radio/podcasts/tochky-opory/yak-podolaty-strah-smerti-porady-psyhologa>

8. Ялом, І. Вдивляючись у сонце. Долаючи страх смерті. Харків, КСД, переклад і худ. оформл., 2000. 300 с.

## СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЯК ОСНОВА НАЦІОНАЛЬНОЇ СТІЙКОСТІ УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА

*Власенко Федір Павлович,  
кандидат філософських наук, доцент,  
Київський національний університет імені Тараса Шевченка*

Питання відповідальності, не дивлячись на велику кількість досліджень цього феномену в межах різних галузей наукових знань, продовжують приваблювати різних теоретиків. Особливої актуальності дана проблематика набуває в умовах різних соціальних конфліктів, а найгостріше вона постає під час війни. Потрібно зауважити, що даній проблемі присвячено багато статей, збірників, монографій, але й досі у літературі немає єдиної думки, що слід розуміти під цим складним соціально-правовим явищем.

У даному повідомленні ми спробуємо обґрунтувати, що соціальна відповідальність є основою для національної стійкості українського суспільства. При аналізі відповідальності слід відразу зауважити про те, що у довідниковій літературі дане поняття має декілька визначень: по-перше, – це певне положення, за якого людина, котра виконує відповідні дії, повинна звітувати за проведену роботу і в разі необхідності прийняти вину за наслідки вказаних дій; по-друге, часто відповідальність визначається як виконання певних обов'язків чи вимог; по-третє, зобов'язання відповідати за свої дії, вчинки, слова тощо; по-четверте, фундаментальність, вагомість, важливість якоїсь справи, діяльності, дій тощо.

Проблема відповідальності громадянина перед державою, держави перед громадянином та відповідальності особи за свої вчинки перебувала у полі зацікавлення видатних філософів, починаючи з античності. Так, Платон у своїх працях розглядав відповідальність як таку, що являє собою моральний обов'язок перед державою, формуванню якого сприяють виховання та філософські роздуми, як стан, котрий відповідає внутрішнім переконанням людини, її моральним якостям, уявленням щодо справедливості. Він трактував окреслені властивості як прояв добродійності, притаманної кожному громадянину. Філософ представляв подвійний характер відповідальності: моральна відповідальність та відповідальність перед законом, котра трансформується у відповідальність за його порушення. Відтак, йдеться про два аспекти – позитивний (моральна відповідальність перед суспільством, державою) та негативний (відповідальність, що її людина зазнає у випадку порушення встановлених норм).

Що стосується соціальної відповідальності, то вона поєднує дві форми. Перша – відповідальність як реакція суспільства на дії індивіда, тобто суспільна відповідальність. Друга – відповідальність як система орієнтирів людини на вимоги суспільства, особиста відповідальність. З наведеної точки зору видно, що з одного боку, суспільство зобов'язує індивіда діяти у відповідності до норм, законів, що обумовлюють існування та розвиток самого соціуму, тобто діяти із користю для суспільства. А з іншого – суспільство має створити сприятливі умови для реалізації прав і свобод людини. Отже, соціальна відповідальність – це соціальне явище, що являє собою добровільне та свідоме виконання, використання і дотримання суб'єктами суспільних відносин, приписів, соціальних норм, а у випадку їхнього порушення – застосування до порушника заходів впливу, передбачених цими нормами. Потрібно зазначити, що відповідальність передбачає не тільки існування, але й міцну вкоріненість у суспільстві певних настанов, що стосуються розуміння сутності людини, її прав та свобод. Принаймні, це настанови на незалежність, автономність індивіда, соціуму, його особисту відповідальність за свої переконання і вчинки, неприпустимість силового нав'язування жодних ідей, якими б гарними вони не видавались. Відповідальність передбачає також і усвідомлення відносності багатьох наших переконань та суджень, неможливість такого їх обґрунтування, котре було б беззаперечним для всіх. Відповідальність – це ціна за вибір своєї свободи. 24 лютого 2022 року український народ цей

вибір зробив, коли генетично успадковане прагнення до свободи та незалежності проявилось у загальнонаціональному супротиві ворогові. Збройна агресія росії проти України сильно мобілізувала українське суспільство задля спільної боротьби з агресором. Боротьба за свою свободу, незалежність, територіальну цілісність об'єднала усі сфери суспільного буття та різні соціальні верстви і страти. І одним із таких інтегративних механізмів є усвідомлення спільної відповідальності за майбутнє країни, відповідальності перед своїми дітьми, спільнотою загалом. Прикладів такої соціальної відповідальності можна назвати досить багато. Насамперед, це готовність великої кількості добровольців взяти зброю і захищати свою країну, багато з яких до війни не мали відношення до військової справи. Тотальна підтримка армії з боку цивільного населення, потужна і самовіддана діяльність волонтерів, допомога підприємців тощо. Наприклад, спектр зобов'язань, який брали на себе комерційні структури перед суспільством і громадами був надзвичайно широким, а в умовах війни став ще набагато більшим. Як не намагався агресор паралізувати вітчизняну економіку, поставити українців на межу виживання і голоду, вийшло навпаки – бізнес не лише не згорнув соціальні програми, а й вийшов на новий рівень високої соціальної відповідальності. Щирі прагнення пересічних громадян долучитись до наближення нашої Перемоги. Навіть у дітей єдиною мрією стало бажання придбати бронезилет або квадрокоптер для ЗСУ.

Хіба це не соціальна відповідальність? Очевидно, що так, це і є її практичні прояви. Відтак, саме соціальна відповідальність сьогодні постає однією із важливих основ національної стійкості, яка, у свою чергу, належить до головних підвалин забезпечення національної безпеки України. Аналіз безпекових нормативно-правових документів України, певних об'єктивних процесів і практик дає підстави стверджувати, що національна стійкість українців стає одним із дієвих засобів консолідації міжнародної підтримки України у протидії російській агресії, а також важливою передумовою забезпечення та відновлення територіальної цілісності України, протидії наявним загрозам державному суверенітету.

Країна буде мати незалежність лише за умови національної стійкості, яку демонструють як держава, так і громадяни. Але в чому така стійкість проявляється сьогодні? Заради чого вона існує, що захищає? Відповіддю на перше питання є якраз соціальна відповідальність, а на друге – свобода, суверенітет і територіальна цілісність України.

Стосовно дефініції поняття «стійкість» академік НАН України С.І. Пирожков зазначає, що даний концепт має англійське походження (від англ. Resilience – життєстійкість) і «означає спроможність відновлюватись цивілізаційній суб'єктності країни» [1, с. 18]. Стратегією національної безпеки України стійкість визначається як «здатність суспільства та держави швидко адаптуватись до змін безпекового середовища й підтримувати стає функціонування, зокрема шляхом мінімізації зовнішніх і внутрішніх уразливостей» [2].

Отже, національна стійкість країни – це «така стратегія її існування, коли вона здатна зберігати збалансованість розвитку та успішно відповідати на зовнішні і внутрішні виклики, протистояти загрозам і кризам, більше того, зусиллями політичної та інтелектуальної еліти вчасно передбачати й ефективно реагувати на них заради гідної самореалізації та гуманістичного розвитку людини, які забезпечує держава в балансі з громадянським суспільством» [3]. Основою національної стійкості є ідентичність і соціальна відповідальність, які формуються в результаті консолідації суспільства навколо спільних світоглядних цінностей, які згуртовують націю і допомагають протистояти загрозам в глобалізованому світі.

#### Список використаних джерел

1. Національна стійкість України: стратегія відповіді на виклики та випередження гібридних загроз: національна доповідь / ред. кол. С.І. Пирожков, О.М. Майборода, Н.В. Хамітов, Є.І. Головаха, С.С. Дембіцький, В.А. Смолій, О.В. Скрипнюк, С.В. Стоєцький / Інститут політичних і етнонаціональних досліджень ім. І.Ф. Кураса НАН України. К., 2022. 552 с.

2. Стратегія національної безпеки України «Безпека людини – безпека країни» від 14 вересня 2020 р. URL: <https://fisu.gov.ua/download/activity/ukaz-strateg-nats-bezpeky.pdf>

3. Горбулін В. Хитромудра невизначеність нового світопорядку. Дзеркало тижня, 2016. № 30, 27 серпня.

## ВІЙНА І ВІДЧУТТЯ РУЙНАЦІЇ СПРАВЕДЛИВОСТІ

*Гарбар Дар'я Юріївна,  
аспірантка кафедри філософії та політології  
Житомирського державного університету імені Івана Франка*

**Анотація:** У статті досліджено відчуття проявів порушення принципів справедливості на індивідуальному і суспільному рівнях в умовах війни у контексті теорії справедливості. Головна увага зосереджена на проблемі порушення принципів справедливості в умовах неконвенційної війни, зокрема у площині форм та способів її ведення. На основі аналізу повномасштабного вторгнення військ Російської Федерації на територію України 24 лютого 2022 року розглядаються ключові тенденції порушення принципів справедливості щодо громадян нашої держави. Виокремлено конкретні складові військових дій: як бомбардування мирного населення, просування пропагандистських наративів, руйнування уявлень про дійсність, які не лише руйнують засади справедливості у соціальній реальності України, а й насаджують на рівні суспільної і індивідуальної свідомості маніпулятивні наративи російської пропаганди, спрямовані на деморалізацію громадян України, визнання напередвизначеності поразки у війні з набагато сильнішим ворогом, що має нівелювати активну протидію населення російському агресору.

**Ключові слова:** відчуття справедливості, принципи справедливості, російсько-українська війна, нівеляція справедливості, Industry 4.0.

### WAR AND THE PERCEPTION OF THE DESTRUCTION OF JUSTICE

**Abstract.** The article examines the perception of violations of the principles of Justice at the individual and social levels in war in the context of the theory of justice. The main attention is focused on the problem of violation of the principles of justice in unconventional warfare, in particular in terms of forms and methods of its conduct. Based on the analysis of the Russia's full-scale invasion of Ukraine on 24 February 2022, the author examines the key trends in violation of the principles of justice in relation to the citizens of our country. The author identifies specific components of military actions: bombing of civilians, promotion of propaganda narratives, destruction of perceptions of reality, which not only destroy the principles of justice in the social reality of Ukraine, but also impose manipulative narratives of Russian propaganda aimed at demoralizing Ukrainian citizens, recognizing the predetermination of defeat in a war with a much stronger enemy, which should level the active opposition of the population to the Russian aggressor.

**Key words:** justice, principles of justice, Russo-Ukrainian war, 2022 Russian invasion of Ukraine, leveling of justice, Industry 4.0.

На сучасному етапі військового вторгнення Російської Федерації на територію України, враховуючи досить короткий період, який використовується в офіційних джерелах як «повномасштабна війна», в новітній науковій літературі майже відсутні філософські дослідження щодо нівеляції справедливості у сучасному українському суспільстві під впливом воєнних дій. Проте, вже сьогодні ми можемо звернутися до досліджень вітчизняних і зарубіжних вчених щодо проблематики неконвенційної («гібридної») війни і аналітичного досвіду вивчення військових конфліктів минулого.

Після Другої світової війни напад Росії на Україну є найбільш масштабним і найбільш тривалим збройним конфліктом у Європі з високим ступенем ескалації та загрозою використання ядерної зброї. У зв'язку з цим доречним є звернення до визначення онтологічних ознак самих понять «війна» і «мир». Зокрема, згідно з визначенням академічного тлумачного словника поняття «війна» дефініціюється як організована збройна боротьба між державами, суспільними класами, тощо [5]. Натомість поняття «мир» тлумачиться як час, у якому наявна відсутність незгоди та ворожнечі [6].

Проте, у сучасних наукових студіях війну розглядають у множинності визначень її сутності. Карлу фон Клаузевицу належить класична дефініція поняття «війна», він називає її «продовженням політики іншими методами», що говорить не тільки про військові дії, а й про суть політичної діяльності. Науковці Борис Парахонський та Галина Яворська наголошують на тому, що війна не завжди може бути класична, адже багато років ми стикалися з такими поняттями, як «гібридна війна», «неоголошена війна», «воєнний стан», «антитеррористична операція», і, як зараз називає російсько-українську війну власне агресор, так звана «спеціальна воєнна операція» [2]. Така варіативність визначень розхитує традиційні дихотомії: цивільні та військові, держави-учасники і недержавні спільноти (інституції) як ініціатори і актори війни, тощо. Варто зауважити той факт, що у сучасності війна проявляє себе не лише за межами лінії фронту та місць локалізації вогневого

ураження: межі війни розширюються як в просторі, так і в часі, охоплюючи і умовно мирні території, і віртуальний простір. Наприклад, перший етап неконвенційної («гібридної»), який відбувався між Росією та Україною з 2014-го року, продемонстрував, що театр бойових дій може розчиняти межі миру і війни, внаслідок коливань між різними станами конфлікту: гострими і більш «мирними» фазами, високою і низькою інтенсивністю військових дій та переходу їх у стан «заморожених».

У світовій історії знаходимо багато прикладів глобальних чи континентальних збройних конфліктів, але в нинішньому тисячолітті ми маємо враховувати елементи діджиталізації, інтернетизації, роботизації та автоматизації різних сфер виробництва і сфери послуг, що призвело виникнення інновацій, як у сфері озброєння, так і в сферах торгівлі, інформаційних технологій, методів ведення інформаційно-психологічних операцій, тощо. На полі бою використовуються не лише танки і гармати: військовим допомагають військові роботи на кшталт безпілотних літальних апаратів, які вміють ідентифікувати людей, а космічні супутники допомагають у відстежуванні переміщень військ. У межах теперішньої фази російсько-української війни поєднуються «традиційні» для ХХ століття способи і методи ведення війни з надновітніми технологічними розробками рівня четвертої, п'ятої і навіть шостої індустріальної революції.

Очевидними при цьому є плюси розвитку інформаційних технологій. Завдяки постійному обміну інформацією ми можемо споглядати за розвитком війни «у прямому етері», постійно слідкуючи за військовими операціями, фіксуючи військові злочини окупантів і поширюючи дискурс війни на весь світ [1]. Водночас людина, яка навіть перебуває в умовно-безпечній зоні (на прифронтових, тилкових територіях, або взагалі на території іншої держави) постійно переживає і стежить за військовими подіями. Вона починає існувати не в єдиному модусі буття, об'єктивній реальності матеріального світу, а в іншому модусі буття, спотвореному величезною кількістю правдивої і неправдивої, пропагандистської, маніпулятивної інформації, яка стає своєрідним симулякром театру військових дій.

Події у такій штучно створеній «інформаційній бульбашці» новин можуть сприйматися як ті, що несуть безпеку існуванню суб'єкта, і людина, сприймаючи екзистенціальну небезпеку, може вступати в інформаційну війну; а почувавши занепад моральних сил, і, відчуваючи розчарування та страх, програвати в ній. У зв'язку з цим симулякр розуміється нами як «імітація і заміна реального, одиниця підробленого сенсу» [3]. І, якщо силова частина війни, яка приносить руйнування і смерть, просторово обмежена та діє зазвичай лише у локальних вимірах, у відчуттях людини у її свідомості, комунікативно-дотичних до дискурсу війни, екзистенційна загроза існуванню відчувається будь-де. Вона проявляється не лише в страху за своє фізичне виживання, а й підриває функціональність демократії, національних соціокультурних цінностей, індивідуальну та суспільну свободу.

Ще однією загрозою інформаційної війни є просування пропагандистських наративів на основі практик підміни, розмивання змісту понять або зміни найменувань. Розмивання стосується конкретних понять: уявлень про війну, визначення статусу агресорів і жертв, визначення сторін конфлікту [2]. З філософсько-екзистенційного та аксіологічного погляду подібна складність і неоднозначність у їх розумінні вищезгаданих феноменів може мати руйнівні наслідки для цілісності особистості. Відчуття громадянами України руйнування принципів справедливості в умовах теперішньої фази російсько-української війни відбувається через:

- невизнання агресором своєї ролі як учасника конфлікту у «гібридній» війні, а після акту відкритої військової агресії привласнення ролі «спасителя-мироотворця», що ускладнює однозначний пошук аргументів щодо звинувачень країни-агресора, та намагання виправдовувати військову агресію проти України, що підсилює перманентне відчуття несправедливості в українському суспільстві. За словами президента Російської Федерації Володимира Путіна, причиною війни є «об'єднання російського народу», а «західні опоненти натомість хочуть розділення історичної Росії» [4].

- руйнування уявлень про дійсність та спотворене розуміння подій, зіткнення протилежних інтерпретацій самого факту війни (спочатку називання Росією подій на сході України «громадянською війною», замість того, щоб визнати міждержавний характер конфлікту; а після початку повномасштабної війни найменування її «спеціальною операцією», яка за свою мету має начебто «спасіння російськомовного населення в Україні»).

Отже, вищенаведені російські ідеологічні наративи спрямовані на створення ідейних основ та поширення шовіністичних ідей щодо домінування російської імперської ідентичності. Російська пропаганда в умовах війни нівелює принципи справедливості, адже формує такий модус буття, у якому різні політичні та соціальні позиції поляризуються, загальнолюдські цінності заперечуються

(зокрема, право інших людей, громадян України на життя). Російська Федерація є державою, яка використовує в якості національної ідеї російський моноетнічний націоналізм, посилений ксенофобськими уявленнями про вороже оточення навколо кордонів своєї країни. Спробою легітимації насильства Російської Федерації проти України стали «гуманітарні приводи», які за допомогою російської пропаганди начебто виправдовують вторгнення.

Серед цих імперських пропагандистських наративів найбільш поширеними є «боротьба з фашизмом в Україні», «протидія київському режиму, який утискає російськомовне населення», тощо. Таким чином, уявлення про справедливість руйнуються під впливом викривлених інтерпретацій військових подій. Руйнівні наслідки війни проявляються не тільки у людських жертвах і територіальних втратах, а й в екзистенціальному усвідомленні своєї самоті людьми, які опинилися від впливом театру військових дій, адже складовою війни, зокрема ідеологічної, є завдання послабити не лише фізичні, а й моральні сили супротивника.

Список використаних джерел

1. McLuhan, Marshall/ Powers, Bruce R.: The Global Village. Der Weg der Mediengesellschaft in das 21. Jahrhundert. 1995.
2. Онтологія війни і миру: безпека, стратегія, смисл : монографія / Борис Олександрович Парахонський, Галина Михайлівна Яворська. Київ : НІСД, 2019. 560 с.
3. Поліщук О. Симулякризація як один з головних принципів сюжетотворення альтернативно-історичних сценаріїв. Актуальні питання гуманітарних наук. 2015. № 11. С. 194–200.
4. Путін назвав причину війни проти України [Електронний ресурс] Режим доступу до ресурсу: <https://www.radiosvoboda.org/a/news-putin-voyna-prychyna/32192881.html>
5. Словник української мови: в 11 томах. Том 1. Київ : Наук. думка, 1970. С. 669.
6. Словник української мови: в 11 томах. Том 4, Київ : наук. Думка, 1973. С. 712.

## ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ ЛОГОТЕРАПІЇ В.Е.ФРАНКЛА ПРИ ПРОВЕДЕННІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ВІЙНИ

*Кандидебей Вероніка Костянтинівна,  
старший лаборант кафедри внутрішніх хвороб 1 та  
симуляційної медицини,  
Запорізький державний медичний університет  
Науковий керівник: доктор філософських наук,  
професор Утюж І.Г.*

**Актуальність:** збройний конфлікт на території України призводить щоденно до страшних невинних наслідків. Кожного дня руйнуються сотні життів, домівок, люди втрачають усе те, що було важливим для них. В умовах тотального спустошення й трагічних втрат, ми, як лікарі, маємо відшукати те, що попри все буде точкою опори, допоможе в реабілітації жертв військової агресії, надасть сили після всього пережитого жити далі, продовжувати свою місію на цій землі. Метод логотерапії В.Е.Франкла є одним із найефективніших у подоланні життєвих криз, перемозі сили духа над життєвими обставинами.

**Мета:** вивчення та опрацювання науково-теоретичного доробку В. Е. Франкла, використання логотерапевтичних технік у допомозі в подоланні наслідків впливу військового конфлікту на людину.

**Матеріали та методи:** матеріалами нашого дослідження були відомі книги Віктора Еміля Франкла: «Людина в пошуках сенсу», «Лікар і душа», «Воля до сенсу», «Сказати життю «Так!»: психолог у концтаборі», відеосюжети з інтерв'ю видатного лікаря, його висловлювання, лекції щодо використання методу логотерапії у сучасному світі, підручник – «Основи реабілітаційної психології. Подолання наслідків криз».

### **Отримані результати:**

Віктор Франкл – австрійський психолог, психіатр, невролог та філософ. Він заснував третю віденську психологічну школу, після 1-ї - Фрейда та 2-ї - Адлера. Ця видатна, знакова особистість відома також як творець логотерапії – методу екзистенційного аналізу, який може бути визначений як феноменологічно особистісно-орієнтована психотерапія, що ставить своєю метою допомогти людині вільно та повно проживати своє життя, вийти на автентичні установки та актуалізувати власну відповідальність по відношенню до власного життя і світу.

Логотерапія була створена Віктором Франклом ще в часи мирного віденського життя. Але найбільшого розвитку та підтвердження основних своїх положень знайшла під час перебування свого автора в умовах концентраційних таборів: Терезієнштадті, Аушвіці, Тюрхаймі та Дахау.

Повернувшись у 1945 році додому, Віктор Франкл впав у відчай, адже тут його чекала звістка про смерть його найближчих людей: дружини, батьків, братів, більшості друзів. Цей трагічний досвід став філософсько-емпіричною основою для створення нового методу екзистенціальної психотерапії [1].

Об'єктивний погляд на страждання, які відчуває людина, допомагає вижити в складних умовах. В. Франкл, який пройшов крізь пекло концтаборів, прийшов до найважливішого висновку про те, що навіть у найабсурдніших, найтяжчих і нелюдських умовах життя не безглузде, і навіть страждання має сенс. Саме це розуміння й лягло в основу метода логотерапії. «Саме в тих випадках, коли людина стикається з нестерпною і неминучою ситуацією, коли вона має справу з долею, яку неможливо змінити, наприклад, із невиліковною хворобою, стихійним лихом або втратою близької людини, їй надається шанс здійснити найвищу цінність, досягнути найглибший сенс – сенс страждання. Бо найважливіше – це наше відношення до страждання, відношення, завдяки якому ми приймаємо це страждання, беремо його на себе» [2].

Тобто ми – лікарі, повинні допомогти нашому пацієнту попри найстрашніші втрати, відшукати новий сенс, який буде його підтримувати, допомогти у створенні певних нових координат можливостей, відшукати певну ниточку, за яку може вхопитися людина, щоб вирватися з пастки порожнечі та спустошеності.

Особливо глибоко В.Франкл вивчав психологію депресій і самогубств. Ця тема не втрачає, на жаль, своєї актуальності й на сьогоднішній день і дедалі більше набуває обертів у наш непростий час.

В одному зі своїх інтерв'ю Віктор Франкл згадував, що під час свого перебування в концентраційному таборі Аушвіц він мав дискусію з двома чоловіками, які задумали здійснити суїцид, бо втратили будь-яку надію на краще життя та спасіння. У той момент Віктор Франкл задав їм одне питання: «Можливо, якщо ви не очікуєте нічого від життя, саме життя очікує чогось від вас?» І тут один із в'язнів згадав про доньку, яка так сильно його любила та чекала на нього вдома, а інший згадав про те, що він почав писати підручник із географії та ще не завершив розпочату справу. Після того, як в'язні усвідомили це, вони змінили свою думку та зрозуміли, що треба боротися, не здаватися, не опускати руки та жити попри все [2].

Франкл прагнув активізувати людське начало кожного хворого, позиціонуючи себе, як «лікар, що турбується про душу». Важливо, що Віктор Франкл не відмовлявся від релігії, як більшість тогочасних вчених, а, навпаки, був глибоковірною людиною і вважав, що «ціль психотерапії – зцілення душі, а ціль релігії – спасіння душі» [1].

Сьогодні в Україні спостерігається суттєве зростання самогубств. За даними державного комітету статистики України [3], протягом останніх двох років відбувається 20-22 самогубства на 100 тисяч населення. Україна посідає за цим показником третє місце серед країн Європи. [4]. Окрім цього актуальність тематики самогубств виходить на перше місце й в часи повномасштабної війни, коли людина зустрічає все.

Якщо людина знаходить сенс свого життя, то вона починає відчувати цінність кожної хвилини, і навіть, переживаючи трагедію, має змогу завдяки внутрішнім ресурсам, відчуттю власного призначення на цій землі, прагненню до реалізації певної мети, перетворити трагедію на власний тріумф і перемогти відчай. Але людині треба зрозуміти, заради чого або кого, для чого або кого це все в кінцевому підсумку? Якщо вона не має розуміння для чого всі страждання, труднощі, втрати на її шляху, тоді їй значно легше залишити це життя, перестати боротися та чинити опір труднощам, і саме тоді в думках такої людини й з'являється думка про суїцид [2].

Віктор Франкл у своїх роботах наголошує на тому, що життя людини базується на 3-х основних принципах, що допомагають людині вижити та перемогти труднощі: сенс життя, сенс кохання, сенс страждання.

За Франклом, існують такі способи здобуття сенсу: 1) дії, спрямовані зовні, наприклад, творча діяльність (цінності творчості); 2) переживання, відчуті людиною (цінності переживань і любові); 3) певна особиста позиція стосовно долі і подій, які людина неспроможна змінити: невиліковна хвороба, невиліковна втрата, термінальний стан, смерть (цінності відносин) [5].

Лікар Франкл бачив, як помирили люди, що втратили віру у майбутнє, внутрішні переживання і розчарування викликають хвороби. Найстрашнішим є довести себе до стана: «Мені нічого чекати від життя» [1].

Відомий психотерапевт стверджував, що у людини можна відібрати все, окрім одного: останньої волі людини – вибрати своє ставлення до будь-яких обставин, вибрати власний шлях.

Франкл і з власного досвіду, і з досвіду своїх товаришів зробив висновок, що людина може витримати будь-який фізичний і душевний біль, пережити найважчі випробування та, навіть під загрозою смерті, не втратити своєї людяності. Людський дух є всесильним [1].

Неможливо лікувати щось одне, вибірково: тіло або душу, слід завжди застосовувати комплексний підхід у лікуванні та реабілітації пацієнтів, інакше не буде повного вилікування та успішного подолання хвороби та покращення душевного стану пацієнта. Без покращення саме душевного стану пацієнта та налаштування його на радісні емоції, а не на негатив, ми знову ж таки створюємо порочне коло: фізично людина завдяки медикаментозному лікуванню на деякий час стає знову здоровою, почуває себе добре, а згодом, через пригніченість та відчуття спустошеності, погані, депресивні думки та небажання жити й боротися, така людина знову починає хворіти.

На переживання ситуації чи події впливають особистісні характеристики людини.

Особистісні характеристики людини та соціальні чинники визначають, як завершиться ситуація – дистресом чи адаптацією й особистісним зростанням. Якщо не вдається адаптуватися до ситуації через збільшення втоми, розчарування, погіршення умов тощо, то психічні ресурси зменшуються, людина виснажується. За умови сприятливого вирішення ситуації і цілеспрямованого подолання проблем психічне здоров'я поліпшується.

Психічні ресурси у важких ситуаціях виснажуються пропорційно зростанню втоми фізичному та психічному травмуванню; й обернено пропорційно стосовно професійної підготовленості й готовності до виконання завдань завдяки сформованості базових психофізичних якостей, вмінню доволно входити в оптимальний стан і відновлюватися.

#### **Етапи переживання втрати:**

1. Первинної взаємодії з втратою (шок; неможливість повірити в те, що сталося; усвідомлення і прийняття події. 2. Горювання. 3. Одування (прощання-відпускання і відокремлення-реконструктуризація).

Дослідники [6; 7; 8] поділяють симптоми переживання втрати на типові та патологічні.

**Типові симптоми переживання втрати:** 1. Порушення сну. 2. Втрата або збільшення ваги. 3. Дратівливість. 4. Порушення здатності до концентрації уваги. 5. Втрата інтересу до новин, роботи, друзів, захоплень, церкви тощо. 6. Пригніченість. 7. Відчуття втоми, апатія. 8. Відчуження, прагнення до усамітнення. 9. Плач. 10. Почуття провини, самозвинувачення. 11. Суїцидальні думки. 12. Застосування снодійних та заспокійливих засобів. 13. Ототожнення з померлим (у разі втрати близької людини) або відчуття її присутності.

**Можливі патологічні вияви втрати:** 1. Тривале переживання горя (до кількох років). 2. Відсутність вияву страждань упродовж двох і більше тижнів. 3. Важка депресія, що супроводжується безсонням; постійне напруження, самозвинувачення. 4. Поява хвороб психосоматичного характеру, таких як: виразковий коліт, ревматичний артрит, астма. 5. Зміна чутливості, іпохондрія. 6. Надмірна активність, як захист від болю втрати; ворожість, спрямована проти конкретних людей. 7. Повна зміна стилю життя. 8. Стійкий брак ініціативи. 9. Слабко виражені емоції; різкі перепади настрою від страждань до самовдоволення впродовж коротких проміжків часу; зміна ставлення до друзів і родичів. 10. Дратівливість. 11. Небажання контактувати, відхід від соціальної активності. 12. Схильність до самоізоляції. 13. Розмови про суїцид, бажання з усім покінчити.

Втрата близьких людей - це найтрагічніші події в житті будь-якої людини.

Серед учасників бойових дій і серед вимушених переселенців багато тих, хто пережив втрату близьких людей. Багато з них спочатку не відчували всієї глибини цієї втрати. У деякого такий стан тривав упродовж тижнів або навіть місяців. Подібна реакція - нормальна в умовах воєнних конфліктів, коли на людину одночасно впливає кілька травмувальних подій.

Якщо людина не може конструктивно пройти стадію горювання, то це не тільки призводить до витіснення переживань, але й може стати причиною хвороби чи смерті [4].

#### **Висновки:**

1. Головним у процесі реабілітації людини є її комплексний характер, коли до процесу лікування ми, як лікарі, залучаємо не тільки фізичну, але й, в першу чергу, психічну сторону особистості.

2. Метод логотерапії В.Е.Франкла є одним із найефективніших для створення всередині людини певної точки опору, що допоможе їй уникнути в майбутньому фатальних наслідків, таких, як самогубство та відшукати нові сенси свого життя.

3. Сенс життя – це не щось єдине, монументальне, втрачаючи яке, людина втрачає себе, це безліч багатограних моментів, речей, нюансів. Людина не може розчинитися в чомусь одному, бо, втрачаючи родину, роботу, улюблену справу, вона втрачає весь свій всесвіт, їй не має для чого або для кого жити далі.

4. Ми бачимо, зважаючи на страшні трагедії, що відбуваються кожного дня: Ірпінь, Бородянка, Буча, Харків, Херсон, Київ, Запоріжжя, Миколаїв, Одеса, Дніпро, безліч маленьких містечок і сіл нашої нескореної країни, що певна сила, певний шлях, нереалізований потенціал рятує одну людину в, здавалося б, найбезнадійнішій ситуації, а інша гине. Чому? Що нас тримає на цій землі? У кожної людини своє, певне, особливе призначення, що рятує її, веде по життю. І це, ніби підтвердження теорії Віктора Франкла, що кожна людина має свій унікальний сенс, свій шлях.

5. Ефективність логотерапії була доведена в попередженні та нейтралізації криз і посткризовій роботі; вона виявилася дуже дієвою в профілактиці депресії, агресії і суїцидальної поведінки, а також в усуненні неврозів.

Список використаних джерел

1. Чир С. Віктор Франкл: Той, що знайшов істину.... // «Експеримент». Режим електронного доступу: <https://samorozvytok.info/content/viktor-frankl-toy-shcho-znayshov-istinu>

2. Відеоінтерв'ю з Віктором Франклом. Режим електронного доступу: <https://web.archive.org/web/20070818045201/http://www.viktorfrankl.org/e/audioE.html>

2. 3 .У Черкасах науковці підняли проблему суїцидальних тенденцій // Українські національні новини. – 06.10.2016. URL: <http://region.unn.ua/uk/news/80238-n-481>

3. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. – Київ, 2018. – 208 с.

4. Н. Ф. Каліна «Логотерапія». Режим електронного доступу:

5. <https://pidru4niki.com/19140218/psihologiya/logoterapiya>

6. 6 .Frankl V. The Doctor and the Soul: From Psychotherapy to Logotherapy / Viktor Frankl. – London : Souvenir Press, 2012. – 272 p. (переклад з англійської Любомира Шерстюка).

## **ДІАЛЕКТИКА ВІЙНИ: СТРАХ/ВІДВАГА, ВТРАТИ/НАБУТТЯ, ВОРОГИ/ПОБРАТИМИ**

*Левченко Євгенія Вікторівна,  
кандидат філософських наук,  
доцент кафедри філософії гуманітарних наук  
Київського національного університету імені Тараса Шевченка*

У характеристиці російсько-української війни використовується різне датування. Для когось війна почалась 24 лютого 2022 року, для інших вона триває з 2014 року. Але, якщо вдатися до історії відносин, то війна триває вже не одне століття, за яких відбулось багато зlodіянь: крадіжка назви (Русь), крадіжка історії (коли московія стверджує, що її історія – це історія Київської Русі, Володимир (русский князь?) і Анна Ярославівна «русская княжна»?), крадіжка територій, заборони використання національної мови і багато іншого. Проте саме друге десятиліття ХХІ ст. виявилось трагічним періодом і водночас унікальним шансом, що дало можливість самоствердитись українській нації і показати всьому світові, що ми не складова недоімперії, не країна якоїсь держави, а самостійна, соборна і незалежна держава. Так, нам всім страшно і на фронті, і в тилу, ми не готувались до такого протистояння, але саме ця «межова ситуація» показала, що зараз, як ніколи, українці є єдиними у своєму прагненні до перемоги. Війна поєднує в собі як страх, жах, відчай, так одночасно розкриває те приховане в людині, про що в мирний час було прихованим, а саме: відвага, здатність швидко приймати рішення і брати за них відповідальність. Ті, хто вчора були юнаками, за декілька днів перетворюються на воїнів.

Війни, протистояння, мирні угоди супроводжують всю історію людства. І війна являє собою складне суспільно-політичне явище, яке, перш за все, спрямоване на розв'язання суперечностей, що виникають між державами, народами, націями та іншими соціальними групами. Ця боротьба, як правило, передбачає збройне протистояння, що відбувається у формі бойових дій між збройними силами. Якщо одна із сторін починає збройне протистояння щодо іншої, то треба називати речі своїми іменами, а не ховатись за різними назвами, до прикладу, «Спеціальна военная операція», що нагадує Орвеллівське «Війна – це мир, свобода – це рабство, нецтво – це сила» [2, с.8]. Створене російською пропагандою бачення світу і відносин спотворює дійсність до непізнаваності, війна ведеться проти цивільного населення, бомбардування критичної



інфраструктури, мирних міст, районів тощо. Щодня ми втрачаємо кращих синів і доньок «цвіт нації», яким би жити, творити, а вони дали можливість іншим займатися звичними справами, ходити на роботу тощо. І тут мова не йде про кількісні втрати, так вони колосальні, а втрата людей, свідомих, діяльних, відданих справжніх патріотів своєї Батьківщини.

Війна – це поляризація дійсності. Тут відбувається біфуркація на «своїх» і «чужих», ворог/побратим (посестра). Переживання війни і постійно бути разом на межі життя і смерті – робить людей побратимами. Це отримане, здобуте братерство, яке, ми переконані в цьому, на все подальше життя. Воно найцінніше, оскільки війна це й відвертість, яку не приховаєш, не відкладеш на потім. Війна – це найбільш радикальна форма «межової ситуації», де в умовах бойових дій людина здатна віднайти в собі сили і взяти відповідальність за долю всієї країни. До прикладу, з 24 лютого створилась велика кількість сил територіальної оборони, які й нині боронять нашу країну. Війна формує сильну, відповідальну особистість, яка у цивільному житті ще вчора рибалила на Сейшельських островах, була весільним фотографом, народним депутатом, актором, музикантом, а на початку війни стала виконувати бойові завдання, перекваліфікувались у парамедиків і тепер рятують життя своїм побратимам. Важливим при цьому є психологічний стан як військовослужбовців, так і цивільних громадян. А ми єдині у прагненні перемогти, маємо ціль і впевнено крокуємо до неї. Ми усвідомили свою міць і єдність. У нас вже немає дві України – західної і східної, а є захід і схід України. Тобто війна, це найбільша визначеність, яка актуалізує відповідні якості людини, які не можуть просто так виникнути у цивільному житті, а у воєнній обстановці вони формуються за максимально коротким терміном, де, на думку психологів США, найважливішими чинниками у психологічній підготовці збройних сил є: по-перше, подолання страху, недопущення паніки; по-друге, встановлення і зміцнення позитивних взаємовідносин серед військовослужбовців у невеликих групах (підтримка бойового духу, стійкості); по-третє, безперервне і впевнене управління [3, с.26]. Проте для цивільних варто, на нашу думку, звернути увагу на поради, які надає Д. Кулеба щодо поведінки у нестандартній ситуації. Зокрема, він виокремлює п'ять правил, які мінімізують негативні наслідки для кожної особистості. «Для організації ефективного самозахисту необхідно: спиратися на реальність, критично мислити, керувати емоціями, відчувати спільноту, взаємодіяти з державою» [1, с.19]. При цьому Д. Кулеба стверджує, що війна є найвищим ступенем протистояння в будь-якій сфері життя з метою зміцнити реальність, у трьох просторах. «Перший простір – фізичний (земля, вода, небо), когнітивний (уявлення людини про себе, інших та світ в цілому) і віртуальний» [1, с.22]. Автор наголошує, що війна за реальність – це, перш за все, комунікативна війна, яка ведеться шляхом формування цінностей, переконань, емоцій людей і здійснення впливу на них.

Теперішня війна значно відрізняється від всіх попередніх. Крім того, що вона є екзистенційною, а ще, мабуть, однією із «наймолодших», де багато юнаків і дівчат стали добровольцями, долучилися до складу територіальної оборони, волонтерять і діти. Ця війна не лише збройне протистояння вздовж лінії фронту, а й поза ним – це психологічне протистояння, настроїв як у війську, так і населення. Відмінним також є і техніко-технологічне протистояння, зокрема використання високоточної і далекобійної зброї, дронів. Технології дозволяють не тільки військовим взаємодіяти між різними родами військ, а й з суспільством, наприклад, оповіщення про повітряні тривоги по областях, застосування якого саме озброєння тощо. А також ведення постійної комунікації через соціальні мережі, телеграм канали, де кожна людина обізнана і може долучитися допомогти різним підрозділам. Підсумовуючи, цілком правомірно можна сказати, що це війна за ідентичність, за свою історію, землю, яка по-новому розкрила людськість, взаємодопомогу, участь у житті іншої людини.

#### Список використаної літератури

1. Кулеба Д. (2019). Війна за реальність. Як перемагати у світі шейків, правд і спільнот. Книгоглав. Київ. 384 с.
2. Орвелл Дж. (2019). 1984. [Роман]. Перек. з англ. В.Шовкун; Влада: вчора, сьогодні – навічно, О.Жупанський. – К.: Вид-во Жупанського. (Майстри світової прози). 320 с.
3. Шақун Я.С. (2019). Досвід психологічної підготовки військовослужбовців збройних сил США та Ізраїлю. Особистість в екстремальних умовах: матеріали ІХ Всеукраїнської науково-практичної конференції (17 травня 2019 р., м. Львів). 140 с.

## МЕДИЦИНА В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВІЙНИ

*Логвиненко Марія Володимирівна,  
заочний аспірант кафедри медицини катастроф,  
військової медицини та нейрохірургії,  
Запорізький державний медичний університет  
Науковий керівник - д.ф.н., професор Утюж І. Г.*

Вже майже рік триває повномасштабна війна розв'язана російською федерацією на території України. Майже рік медицина в нашій країні знаходиться на рейках війни. Кожен медичний центр, який має можливості, працює на повну силу, більшість хірургів знаходяться на межі людських можливостей. Тижневі чергування, життя у лікарні заради порятунку бійців та цивільного населення.

Українська система охорони здоров'я серйозно постраждала від повномасштабної війни. Руйнування медичної інфраструктури, неможливість дотримання стандартів профілактики та повноцінних протоколів лікування, нестача медичного персоналу в деяких районах, порушення логістичних мереж перешкоджають своєчасному та повному забезпеченню населення медикаментами.

За даними ООН, станом на 24 серпня 2022 року підтверджено 473 напади на медичні заклади, в результаті яких загинуло щонайменше 98 осіб і ще 134 отримали поранення; пошкоджено понад 927 медичних закладів, з яких понад 400 опинилися на тимчасово окупованих росією територіях; 123 об'єкти були зруйновані повністю [1].

Ворожі обстріли та вимушене переміщення населення призвели до втрати медичних установ і персоналу лікарень.

Дисбаланс медичних ресурсів стає все більш помітним, враховуючи, що значна кількість людей переїхала всередині країни і виїхала з неї, а попит на медичні послуги сильно варіюється від регіону до регіону.

Через повномасштабну війну з країни виїжджають не лише пацієнти, а й лікарі, які переїжджають в інші регіони. Однак, за даними Міністерства охорони здоров'я, з країни виїжджає менше 1% лікарів і значного відтоку фахівців не спостерігається [1]. Окрім лікарів виїжджають і представники середнього медичного персоналу – медичні сестри, що також значно ускладнює роботу стаціонарів.

Водночас відбувається перерозподіл фахівців всередині країни: з 24 лютого понад 3600 лікарів-переселенців знайшли нову роботу [1].

Зростання витрат, логістичні перебої та пошкодження інфраструктури ускладнюють доступ до базових послуг для дедалі більшої кількості цивільних осіб.

Що стосується доступу до ліків, то загалом кожен п'ятий (22%) не мав доступу до необхідних йому ліків [2]. На тимчасово окупованих територіях та в зонах активних конфліктів цей показник зростає до кожного третього.

Типи ліків, які найчастіше згадуються як важкодоступні

- Антигіпертензивні препарати (49%)
- Знеболювальні (41%)
- Седативні засоби (33%)
- Антибіотики (32%).

Основними причинами неотримання ліків є високі ціни (84%) та відсутність ліків в аптеках (46%).

Дефіцит донорської крові та її компонентів залишається гострим. Необхідність створення запасів крові в різних установах, що надають медичну допомогу пораненим військовослужбовцям і цивільним особам, неможливо переоцінити, оскільки мінно-вибухові поранення призводять до масивної крововтрати. Навіть у воєнний час інші причини сильної кровотечі не зникли, зокрема, невідкладні операції через побутові травми, дорожньо-транспортні пригоди, онкологічні захворювання та ускладнені пологи.

Війна завжди була рушійною силою в медицині. На жаль, зараз це саме так.

Сьогодні рівень медичного обслуговування набагато вищий.

Практичний досвід лікування бойових травм, який розпочався у 2014 році, невпинно зростає з кожним днем, так само як і кількість поранених військових та цивільних. Це можливість для українських лікарів перейняти досвід закордонних колег та отримати мультидисциплінарну підтримку для комплексного вирішення складних випадків.

Міністерство охорони здоров'я у співпраці з Європейською Комісією забезпечує безкоштовне медичне транспортування до безпечних регіонів України та за кордон осіб, які

потребують високоспеціалізованої та реабілітаційної медичної допомоги, недоступної за місцем проживання. Українці, які тяжко хворіють або отримали поранення внаслідок війни, можуть подати заявку на участь у програмі медичного транспортування.

Незважаючи на війну в Україні, медична реформа, розпочата у 2017 році, триває. Уряд затвердив основні напрями реалізації програми медичних гарантій на 2023 рік [3]. У новому році програма медичних гарантій зосередиться на потребах пацієнтів, спричинених війною. Окремі пакети будуть надані медичним закладам в окупованій зоні та зоні бойових дій.

З огляду на особливості бойових поранень, таких як стійкі порушення опорно-рухового апарату, травматичні ампутації та неврологічні розлади, основна увага в програмі медичного страхування на 2023 рік приділяється реабілітаційним послугам та протезуванню.

Особлива увага також приділятиметься програмам психічного здоров'я, оскільки війна та постійні повітряні тривоги є стресом для всіх. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) також робить свій внесок у Національну програму психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, започатковану Першою леді України для надання допомоги цивільному населенню. За оцінками ВООЗ, за останніми оцінками що приблизно 10 мільйонів людей наразі мають ризик розвитку низки психічних розладів, від сильної тривоги та стресу до посттравматичного стресового розладу [2].

#### Список використаних джерел

1. Ресурси системи охорони здоров'я в умовах війни, жовтень 2022, [www.niss.gov.ua](http://www.niss.gov.ua)
2. Accessing health care in Ukraine after 8 months of war: The health system remains resilient, but key health services and medicine are increasingly unaffordable, WHO <https://www.who.int/europe/news/item/24-10-2022-accessing-health-care-in-ukraine-after-8-months-of-war--the-health-system-remains-resilient--but-key-health-services-and-medicine-are-increasingly-unaffordable>
3. Як реалізовуватиметься Програма медичних гарантій у 2023 році, Урядовий портал <https://www.kmu.gov.ua/news/yak-realizovuvatymetsia-prohrama-medychnykh-harantii-u-2023-rotsi>

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЯК СКЛАДОВОЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

*Коваленко Марина Вікторівна, студентка 1 курсу спеціальності "Фізична терапія, ерготерапія" другого (магістерського) рівня вищої освіти, Навчально-науковий інститут фізичного виховання і спорту Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, м. Лубни, Полтавська область, Україна*

За підрахунками дослідників, 10% мешканців планети мають порушення функціонування. Щороку серед людей стає на 30 мільйонів більше осіб, які отримують різні ураження та каліцтво. На основі останніх тенденцій вчені спрогнозували, що на початку XXI ст. кількість людей з інвалідністю досягне одного мільярда. Закономірно, що інвалідність стала всесвітнім соціальним явищем, яке потрібно вивчати та впроваджувати необхідні заходи для його подолання. Процесом, який спрямований на забезпечення людям з порушеннями функціонування досягнення і підтримку їх оптимальних фізичного, психічного, інтелектуального, чуттєвого, а також соціального рівнів діяльності, які б сприяли досягненню вищого рівня самостійності є реабілітація. [1]

Реабілітація є актуальною і соціально значущою складовою сучасної медицини. Аналіз останніх публікацій по проблематиці надання допомоги особам з обмеженими можливостями життєдіяльності, свідчить, що значно назріли питання необхідності удосконалення підходів, методів і технік фізичної терапії, оцінки їх ефективності [2].

Із введенням в Україні воєнного стану з 24 лютого 2022 року внаслідок активних бойових дій значно зросла кількість мінно-вибухових травм. З появою великої кількості поранених та травмованих військовослужбовців проблема якісного функціонування системи фізичної терапії стала актуальною.

За визначенням комітету експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я медична реабілітація є активним процесом направленим на досягнення відновлення порушених функцій, або оптимальна реалізація фізичного, психічного і соціального потенціалу людини з інвалідністю та його соціалізація в суспільстві. Згідно міжнародної класифікації Всесвітньої організації охорони

здоров'я, яка була прийнята у 1980 році, є наступні рівні медико-біологічних та психо-соціальних наслідків хвороби або травми, які враховуються при проведенні реабілітації: ушкодження - аномалія або втрата анатомічних, фізіологічних, психологічних структур або функцій; порушення життєдіяльності внаслідок ушкодження та призводить до втрати чи обмеження можливості здійснювати повсякденну діяльність у межах прийнятних для людського суспільства; соціальні обмеження - перешкоди по виконанню соціальної ролі, яка є нормальною для цієї особистості.

Розглянемо сучасні підходи до організації функціонування системи фізичної терапії військовослужбовців як складової національної системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану на досвіді реабілітації та особливостей фізичної терапії військовослужбовців при посттравматичній невропатії променевого нерва з урахуванням супутніх захворювань та травм.

Система фізичної терапії військовослужбовців є складовою національної системи охорони здоров'я України. З початком активних бойових дій в умовах воєнного стану в Україні запроваджений єдиний медичний простір.

Сучасна модель фізичної терапії передбачає обов'язкове врахування оцінки ступеня порушення рухових функцій військовослужбовця, що дозволяє вибрати оптимальний вид і спосіб терапії в кожному конкретному випадку.

Європейський досвід організації фізичної терапії по відновленню втрачених функцій після перенесених травм і захворювань показує, що у Великобританії основою реабілітаційного процесу є холистичний, цілісний або біопсихосоціальний підхід, що характеризується комбінуванням індивідуального і групового лікування, поєднанням роботи по відновленню когнітивних функцій і психотерапевтичного впливу. До основних компонентів цього підходу відносяться терапевтичне середовище, загальне розуміння цілей і тісний контакт в міждисциплінарній бригаді, цілеспрямовані заходи, значимі для самого пацієнта, вивчення компенсаторних стратегій і перенавчання практичним навичкам, робота з сім'ями, волонтерами та громадськими організаціями. [2]

Функціонування системи фізичної терапії спрямоване на покращення якості життя та функціонування в потенційно можливих межах, через методи заохочення, профілактики, лікування і реабілітації. Процес фізичної терапії спрямований на досягнення фізичного, психологічного, емоційного і соціального добробуту. Головним завданням фізичної терапії військовослужбовців це відновлення їх до здатності повсякденної діяльності, повернення до строю, в деяких випадках на не бойові посади, диспансерний нагляд за реабілітованим.

Підготовка фізичних терапевтів в національній системі охорони здоров'я України здійснюється у закладах вищої освіти III-IV рівнів акредитації за спеціальністю «фізична терапія» та рівнем освіти «магістр», що відповідає загально-світовим стандартам. Хоча тривалість навчання на фізичного терапевта в США складає 7 років, а їх випускники отримують «доктора фізичної терапії».

Фізичні терапевти надають послуги військовослужбовцям та населенню загалом з метою максимально можливого розвитку, підтримання та відновлення втрачених або послаблених рухових функцій, дієздатності. Включно з випадками повноцінних порушень функціонування рухового апарату коли дієздатність може бути послаблена чи втрачена внаслідок мінно-вибухових травм.

Розглянемо сучасні підходи до організації функціонування системи фізичної терапії військовослужбовців як складової національної системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану на досвіді реабілітації та особливостей фізичної терапії військовослужбовців при посттравматичній невропатії променевого нерва з урахуванням супутніх захворювань та травм. Порушення функції променевого нерва часто призводить до грубих порушень функції кисті та до невропатій.

Запорукою ефективної терапії військовослужбовців є дотримання мультидисциплінарного принципу. Необхідна наявність мультидисциплінарних бригад, фахівці які функціонують не окремо, а як єдина команда з чіткою узгодженістю і координованістю дій, забезпечуючи тим самим цілеспрямований підхід до проведення реабілітаційних заходів є важливою при реалізації даного принципу. До складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди включають лікарів, фізичного терапевта, військовослужбовця, членів його сім'ї, соціальну підтримку (підрозділ), громадські організації. [2]

В умовах воєнного стану в Україні створений єдиний медичний простір для надання медичної допомоги військовослужбовцям до якого увійшли, як військові, так і цивільні заклади охорони здоров'я.

Санаторний етап терапії при вогнепальних травматичних ушкодженнях кінцівок проводиться в санаторіях Міністерства оборони України або в спеціально організованих

реабілітаційних центрах. На цей етап направляються військовослужбовці, які після лікування підлягають тривалій терапії з використанням спеціальних методів. Диспансерний нагляд за військовослужбовцями, які перенесли травматичне ушкодження кінцівок, на амбулаторно-поліклінічному етапі проводиться з виконання заходів з підтримки працездатності, попередження вторинних і пізніх ускладнень, підвищення неспецифічного імунітету, поступового включення у військово-професійну діяльність. [1; 2] Реабілітаційний процес спрямований на повернення спроможностей військовослужбовця до самостійного функціонування, відновлення його фізичних та психічних якостей, при цьому військовослужбовець розглядається як активний учасник цього процесу.

З досвіду функціонування системи реабілітації як складової національної системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану в Україні, можна зробити висновок, що мультидисциплінарний підхід при фізичній терапії військовослужбовців є найбільш ефективним.

Основні принципи та цілі терапії: швидкий початок реабілітаційних заходів, безперервність терапії, що доповнює лікувальні заходи, в тому числі оперативні втручання; попередження стійких дисфункцій організму; безперервність терапії до функціонального відновлення; комплексний характер реабілітаційних заходів; індивідуалізація реабілітаційної програми в залежності від специфіки пораненого і патологічного процесу; застосування терапії в колективі поранених для прискорення відновлення функцій; повернення реабілітанта до виконання суспільно корисної праці, відновлення бойової здатності. [2]

Мінно-вибухові травми, які носять множинний характер травмування, оперативні втручання, іммобілізації, спонукали до обов'язкового індивідуального мультидисциплінарного підходу, щодо планування терапевтичних заходів, вибору методики та програми. Адже саме мультидисциплінарний підхід дає змогу значно підвищити ефективність фізичної терапії. Реабілітація повинна проводитися групою фахівців: лікарі, ерготерапевт, психолог, соціальний робітник, фізичний терапевт. Основними засобами фізичної терапії є: лікувальна фізична культура, масаж, механотерапія, тейпування, ортезування, ерготерапія, ідеомоторне навантаження, дзеркальна терапія, фізіотерапія. До перспективного напрямку в реабілітації належить застосування роботизованих комплексів та систем фізичної терапії.

Список використаних джерел

1. Абрамова В.В., Смирнова О.Л. Фізична реабілітація, спортивна медицина.. - Д.: Журфонд, 2014. 456 с.

2. Мухін В. Н. Фізична реабілітація. 2-ге вид., перероб. та допрац. Київ : Олімпійська література, 2010. 438 с.

## СМІХ ЯК МЕХАНІЗМ ЗБЕРЕЖЕННЯ СЕБЕ В УМОВАХ ВІЙНИ (НА ПРИКЛАДІ ІНТЕРНЕТ-МЕМІВ)

*Ковтун Наталія Михайлівна,  
д. філос. н., проф.,*

*професор кафедри філософії та політології*

*Житомирського державного університету імені Івана Франка,*

*Ковтун Юрій Васильович,*

*к. філос. н., викладач суспільних дисциплін*

*Житомирського міського ліцею № 1*

**Анотація.** У статті проаналізовано вплив сміху, гумору, сарказму, кепкування на психологічну та мотиваційну стійкість людини в умовах російсько-української війни. Встановлено, що сміхові практики в умовах війни постають тими механізмами, які дозволяють доторкнутися людині до буття, дозволяють відчувати себе його частиною і справлятися з нестерпною об'єктивною реальністю. Обґрунтовано активне використання в українських Інтернет-мемах саме викривального і саркастичного сміху, спрямованого на демотивацію супротивника.

**Ключові слова:** сміх, сарказм, смерть, війна, Інтернет-мем.

## LAUGHTER AS A MECHANISM OF SELF PRESERVATION IN THE CONDITIONS OF WAR (USING INTERNET MEMES AS AN EXAMPLE)

**Abstract.** The article analyzes the influence of laughter, humor, sarcasm, mockery on the psychological and motivational stability of a person in the conditions of the Russian-Ukrainian war. It is established that laughter practices in the conditions of war appear to be those mechanisms that allow a person to touch existence, feel a part of it and cope with unbearable objective reality. The active use of revealing and sarcastic laughter in Ukrainian Internet memes, aimed at demotivating the opponent, is substantiated.

**Key words:** laughter, sarcasm, death, war, Internet meme.

У різні періоди розвитку людства емоції були і залишаються вкрай важливими факторами реакції як індивідів, так і соціальних спільнот на кризові ситуації. В умовах війни ворогуючі сторони ведуть окрім військових дій в об'єктивній реальності ще й війну на рівні індивідуальної і суспільної свідомості, метою якої є поширення у стані ворога паніки і страху. Залякане й розгублене населення не може чинити ефективний опір, а в деяких випадках прямо перешкоджає здійснювати ефективні наступальні або оборонні операції.

Натомість населення перемагаючої країни має бути максимально психологічно й ідеологічно мобілізованим і впевненим у своїй перемозі. Одним з найбільш ефективних методів мобілізації громадян у боротьбі з ворогом є сміх, іронія і сарказм, які дозволяють з різних сторін десакралізувати й дегуманізувати образ ворога, роблячи його в очах населення власної країни нікчемним і апріорі приреченим на поразку. Відтак, доречним є звернення до Інтернет-мемів, які відіграють важливу роль у процесі нівеляції страхів, панічних настроїв у сучасному українському суспільстві у його протистоянні з російськими агресорами. Самі Інтернет-меми є важливою складовою новітнього інформаційного простору. Популярність Інтернет-мемів ми пов'язуємо зі «зростанням інформаційного хаосу в сучасному символічному виробництві та обміні і розгубленістю людини» від зустрічі з надмірною кількістю інформації [3].

Значною мірою, саме велика кількість суперечливої інформації про причини сучасної російсько-української війни, відсутність раціонально вмотивованих і зрозумілих цілей «гарячої» її фази, абсурдність руху російських військ у лютому 2022 року фактично з усіх можливих напрямків, практично самовбивча тактика ведення військових дій з боку російських загарбників, масове «закидання українських позицій трупами» (як-от, бід Бахмутом чи Соледаром) зумовлює активне використання в українських Інтернет-мемах саме викривального і саркастичного сміху. Предметом викривання і сарказму стала, насамперед, тема мобілізації в Росії, коли в армію почали потрапляти представники з найбідніших верств, часто хворі або вже й мертві громадяни.

Після оголошення у Росії часткової мобілізації 21 вересня 2022 року український інформаційний простір вибухнув цілою палітрою мемів. Одним з найкрасномовніших з них стало зображення, в якому слово «мобілізація» замінюється словом «могилизація» з використанням латинської великої літери **Z**, що стала одним з символів російського вторгнення в Україну 24 лютого 2022 року (див. Рисунок 1) [1]. На іншому зображенні бачимо Головнокомандувача Збройних сил України Валерія Залужного, який позує на тлі вантажівки Соса Сола з новорічним оформленням. На самій вантажівці читаємо число 355 000 як кількість тих, хто потенційно може загинути в Україні внаслідок часткової мобілізації у Російській Федерації (див. Рисунок 2) [2].



Рисунок 1



Рисунок 2

Зі змісту багатьох Інтернет-мемів стає зрозумілим ймовірне майбутнє мобілізованого. Так, на одному з візуальних зображень бачимо працівника російського військомату, який телефонує з приводу призову. При цьому він говорить: «Алло, це військомат з приводу призову. Якщо ви хочете служити, натисніть зірочку». Натомість інший працівник телефонує і каже: «А, якщо не хочете, то натисніть сіточку» (див. Рисунок 3) [1]. У російській мові слово «сіточка» звучить, як «решетка», що чітко асоціюється з ґратами у в'язниці, прямо вказуючи, що очікує потенційного мобілізованого в Росії у разі відмови служити в армії агресора.





Рисунок 3

Поява подібного типу Інтернет-мемів, в яких простежується процес дегуманізації людини і перетворення її у потенційну жертву, вкладається у процес втрати людиною в умовах війни своїх ключових соціальних атрибутів. Людина на війні залишається цінною для держави лише у площині її тілесності, наскільки вона може бути вправним воїном. Однак, в умовах високотехнологічних воєн ХХІ століття, воєн дистанційних, артилерійських, з широким використанням авіації та дронів, навіть тілесність людини втрачає свою високу цінність. Людина на цій війні перетворюється на щось необов'язкове, що й так приречене на загибель, адже її шанси на виживання зовсім не залежать від особистої вправності і фізичної сили.

Водночас в умовах війни не лише потенційні солдати стають об'єктом сміху, сам сміх стає механізмом адаптації солдатів до жахливої воєнної реальності. На війні з високим ступенем інтенсивності боїв, коли гинуть десятки тисяч людей, все, що оточує людину (і природа, і будівлі, й інституції, школи, лікарні, церкви, мистецтво, музика, поезія) значною мірою знецінюється, втрачає свій смисл, адже людина на такій війні не знає, чи переживе вона цей день. У такій ситуації саме сміх, гумор, сарказм постають тими механізмами, які дозволяють доторкнутися до буття, дозволяють відчувати себе його частиною і справлятися з нестерпною об'єктивною реальністю.

Список використаних джерел

1. Мобілізація у Росії 2022: мережа вибухнула мемами після указу Путіна (фото) 21.09.2022. URL: <https://www.unian.ua/curiosities/mobilizaciya-v-rosiji-2022-merezha-vibuhnula-memami-pislyaukazu-putina-foto-11986740.html> (27.11.2022)
2. «Настав час помирати, Ваня»: соцмережі висміяли оголошення часткової мобілізації у РФ (фото) 21 вересня 2022. URL: <https://focus.ua/uk/ukraine/530136-pora-umirat-vanya-socseti-vysmeyali-obuyavlenie-chastichnoy-mobilizacii-v-rf-foto> (12.01.2023)
3. Polishchuk O., Vitiuk I., Kovtun N., Fed V. Memes as the phenomenon of modern digital culture. *Wisdom*. 2020. Т. 15, № 2. С. 45-55. URL: <https://wisdomperiodical.com/index.php/wisdom/article/view/361/244> (24.01.2023)

## ІНФОГРАФІЧНА НООПРОПОЗИЦІЯ УНІВЕРСАЛЬНОГО ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ УКРАЇНЦІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

*Корсак Костянтин Віталійович,  
доктор філософських наук, професор, Київський медичний університет,*

*Корсак Юрій Костянтинович,  
кандидат філософських наук, Інститут вищої освіти  
Національної академії педагогічних наук України, м. Київ*

Подальшим текстом ми продовжуємо тематику досліджень, яку розпочали на попередній конференції напередодні збройної агресії зі Сходу. Цим відгукуємося на різноманітні пропозиції надання засобів психологічного захисту і бійцям на фронті, і загалу громадян. Наш винахід — рис. 1.



Даруємо вам найцінніше, що створили за десятки років аналізів і роздумів - це перевірене у багатьох фахових публікаціях зібрання найновіших наукових і ноонаукових фактів, вивчення якого може удосконалити ваш світогляд, надати матеріал для самостійного і точного прогнозування майбутнього і на цій основі зміцнити свій психологічний захист у протистоянні ворожому консцієнтальному і збройному нападу. Студенти України підтвердили і важливість, і легкість застосування для подолання стресів і формування індивідуальних і колективних стратегічних спроможностей.

Наголошуємо на тому, що саме початок 2023 р. зробив наведену нашу інформацію пріоритетно важливою і для стійкості та впевненості в майбутньому, і для точного планування на основі ноонаук і ноотехнологій, що спроможні ліквідувати комплекс очевидних загроз (демографічних, харчових) і неочевидних - глобальну епідемію ожиріння, девіацій суспільної поведінки і пошкодження мислення, повторення пандемій та ін. Готові надати всі необхідні пояснення.

P.S. Хочемо попередити всіх про те, що на Заході з певних причин ще півстоліття тому вирішили заборонити всі слова з літерами "ноо" у виданнях зі світу Sciences&Arts за єдиним винятком. Цей виняток - термін "ноосфера", що означає уявну "шарденівську" навколоземну спріг-оболонку, яку формують взаємопов'язані думки мільярдів Homo. Тому ноореволуція рухається з України і від нас у черговий раз залежить все майбутнє людства.

Цей рисунок задуманий і створений як засіб психологічного захисту від стресів і нещастя, адже впевненість і стійкість може спиратись насамперед на чіткі уявлення не стільки про сьогодення, як про найближче і віддалене майбутнє. А наш прогноз безпомилковий з цілком банальної причини: обидві ноореволуції стрімко розвиваються, а тому реалізація пропозицій В. Вернадського щодо ноосфери вже втілюється у життя.

Для колег-медиків доцільно акцентувати велике досягнення науковців світу щодо фталатних витоків світової епідемії ожиріння, яке дало нам змогу вперше запропонувати ще не помічену можливість поступової ліквідації цієї небезпеки разом з іншими подібними загрозами [2]. У цій статті ми використали менш інформативний англійський варіант рис. 1, але дуже детально пояснили, що витіснити молекули фталатів та інших легких забруднень з тропосфери й інших оболонок можна тільки ліквідацією «Великої Хімії» й отриманням біопластиків через бактеріальні ноотехнології.

З великою прикрістю вкажемо на те, що в Україні Національна академія наук та більшість науковців підтримали «західну» заборону слів з «ноо-» (приклад — монографія «про майбутнє» [3], де не згадана навіть ноосфера). Це семантичне гальмування прогресу вже стало небезпечним, адже реальний порятунок людства від усіх нещастя пов'язаний з переходом від деструктивних сучасних виробництв до ноотехнологій (wisetechnology), які надають людям все необхідне й одночасно виліковують біосферу від індустріальних пошкоджень.

Список використаних джерел

1. Korsak, K. & Korsak, Y. (2023). The proposal of the author's nootools for the elimination of the obesity epidemic and other global dangers / Publisher agency: *Proceedings of the 1st International Scientific Conference «Interdisciplinary Science Studies» (January 19-20, 2023). Dublin, Ireland. P. 93-99 (DOI 10.5281/zenodo.7559050) (URL: https://ojs.publisher.agency/index.php/ISS/issue/view/14/39) (in Ukrainian)*



2. Civilization choice of Ukraine: paradigm of comprehension and strategy of action: national report (2016). / ed. col. : S.I. Pirozhkov, O.M. Mayboroda, Yu. Zh. Shaygorodsky and others. ; Institute for Political and Ethnonational Studies. I.F. Kuras NAS of Ukraine. - Kyiv: National Academy of Sciences of Ukraine, 2016. (URL: [https://ipiend.gov.ua/wp-content/uploads/2018/07/civilization\\_Ukraine\\_site\\_210.pdf](https://ipiend.gov.ua/wp-content/uploads/2018/07/civilization_Ukraine_site_210.pdf)) (in Ukrainian)

## ВИКЛИКИ ЩОДО ПІДГОТОВКИ ЛІКАРЯ-СПЕЦІАЛІСТА В УМОВАХ ВІЙНИ

*Овчаренко Леонід Сергійович, д.мед.н.,  
професор, завідувач кафедри педіатрії та неонатології,*

*Чакмазова Олена Миколаївна, к.мед.н.,  
доцент кафедри педіатрії та неонатології,  
Вертегел Андрій Олександрович, д.мед.н.,  
професор кафедри педіатрії та неонатології,*

*Редько Ірина Іванівна, д.мед.н.,  
професор кафедри педіатрії та неонатології,*

*Андрієнко Тетяна Германівна (к.мед.н.,  
доцент кафедри педіатрії та неонатології,*

*Кряжев Олександр Володимирович (к.мед.н.,  
доцент кафедри педіатрії та неонатології,*

*Самохін Ігор Володимирович (к.мед.н.,  
доцент кафедри педіатрії та неонатології,*

*ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»*

**Ключові слова:** викладач-лікар, слухачі, лікарі –інтерни, дистанційне навчання, синдром емоційного вигорання.

**Key words:** teacher-doctor, listener, doctor-intern, distance learning, emotional burnout syndrome.

Підготовка лікаря-спеціаліста в умовах війни виключно здійснюється з використанням методів дистанційного навчання запропонованого в період карантину, спричиненого коронавірусною інфекцією (SARS-CoV-2). Нарізі всі учасники освітнього процесу знаходяться в однакових умовах середовища, переживають надмірне психологічне навантаження, що стає причиною проявів апатії у лікарів-слухачів та лікарів-інтернів, призводить до перевтомлення та формування синдрому вигорання у викладачів.

В умовах стресу, надмірного психологічного навантаження та постійних переживань освітній процес потребує не сухого викладання матеріалу, а застосування емоційних форм. Наприклад: під час перерви слухачам та лікарям-інтернам пропонується перегляд цікавих відео сюжетів які стосуються як діагностика так і лікування пацієнтів, та можуть мати гумористичний або саркастичний характер, також в якості фактора стимулюючого позитивні емоції. Пропонується прослуховування уривків легкої класичної музики та звуків природи.

Під час проведення дистанційного навчання на платформі Google Meet, в умовах війни лікарі-слухачі циклів удосконалення, лікарі-інтерни та викладачі не повинні вимикати камеру, що дає відчуття справжнього, реалістичного спілкування та сприяє робочій атмосфері, надихає на навчання. Крім того під час проведення занять у режимі он-лайн у слухачів є змога задавати свої запитання як викладачу так і своїм колегам, що створює атмосферу робочого спілкування та значно покращує засвоєння матеріалу.

Якщо на традиційному занятті офлайн в мирний час, цілком звично давати завдання на відпрацювання певних навичок та вмінь, та призначати жорсткі терміни здачі завдання, то під час війни, завдання виконується слухачами за час перебування на кафедрі. Таке ставлення до виконання навчальної програми надає змогу лікарям-слухачам циклів та лікарям-інтернам виконувати завдання, оволодівати певними навичками не створюючи комплексу труднощів, перепон у реалізації поставлених перед ними завдань, що зменшує ризики формування додаткових стресових ситуацій.

Під час війни ефективно і продуктивно зарекомендувала себе робота над спільними проектами (розробка алгоритмів діагностики та лікування окремого пацієнта, створення «дорожньої» карти пацієнта) де слухачі або лікарі-інтерни мають змогу поспілкуватися один з одним, дискутувати, обговорювати свої приклади з індивідуальної практики. Адже така форма створює умови для того щоб колеги спілкувалися між собою, мали можливість підтримати один

одного, що сприяє покращенню як їх загального психо-емоційного стану та сприяє засвоєнню навчального матеріалу.

Війна є екстремальною ситуацією, тобто такою, що виходить за межі звичайного, нормального, людського розуміння навколишнього середовища. Підтримка в цей складний час необхідна не тільки лікарям-слухачам, лікарям-інтернам, а й викладачам задіяним в процесі безперервного професійного розвитку спеціалістів охорони здоров'я .

Постійне спілкування і соціальна відповідальність за лікарів-слухачів, лікарів-інтернів та пацієнтів, навантаження пов'язане зі складнощами реалізації онлайн навчання ,нажаль неналежна зарплатня, робота з великим потоком інформації додають стресу навіть досвідченим викладачам вищих навчальних закладів [1] і призводять до професійного вигорання. Додатковим фактором який впливає на якість життя є відключення світла, що вкрай перешкоджає спілкуванню в режимі онлайн і проведенню учбового процесу. Впливає на рівень самопідготовки учасників учбового процесу, знижує якість навчання. Викладачі медичних закладів можуть скаржитися на втому, у них формується занижена самооцінка. Виникають скарги на здоров'я[2], втрачається почуття гумору внаслідок психо-емоційного навантаження, спостерігається втрата сил.

Одна з характеристик особистості, що дає змогу протистояти професійному вигоранню, – це стресостійкість. Тому під час війни викладачам медичних вищих навчальних закладів пропонується:

- заощаджувати свої енергетичні резерви;
- вчитися контролювати емоції — сприймати зовнішні подразники як погоду;
- влаштувати собі вихідні, вільні від підготовки навчального матеріалу та матеріалів по лікуванню того чи іншого пацієнта;
- робити перерви під час роботи;
- дотримуватися помірності в усьому – у радощах і в смутку;
- знайти справу до душі яка не пов'язана з основною професією (танці, мовні курси, туристичні походи, випікання).

**Висновки:** Війна в Україні стала найтяжчим випробуванням за всю історію її незалежного існування. Жахливі події, прямим свідком яких є сьогодні кожен українець, спричинили величезний стрес і, як наслідок, призвели до значного погіршення загального фізичного стану і психічного благополуччя, та впливають на освітній процес. Підтримка в цей складний час також необхідна викладачам медичних вищих навчальних закладів, лікарям-слухачам та лікарям-інтернам тобто всім учасникам навчального процесу.

Таким чином:

- Навчальний процес потребує більш емоційного викладання предмету.
- Дистанційне навчання краще проводити з ввімкненими камерами та двостороннім зв'язком.
- Термін виконання завдань не повинен мати жорстких меж.
- В процесі навчання потрібно частіше використовувати роботу у групах.

Викладачам-медикам потрібно виховувати в собі стресостійкість.

Список використаних джерел

1. Shkrabiuk V., Bilyk D. Emotsiine vyhorannia osobystosti: psykholohichniy analiz problemy. Young Scientist. 2020. Vol. 10, № 86. P. 293-6. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2020-10-86-60>.
2. Hromtseva O. Notion of professional -burnoutofmedicalworkers andresearchofitsphenomenology. European Journal of -Management Issues. 2019. Vol. 27, № 3. P. 63-72. URL : <https://doi.org/10.15421/191907>.
3. Психосоматична медицина та загальна практика. 2021. Вип. 6, № 2 26-35с. : e0602295. DOI: 10.26766/pmgp.v6i2.295
4. Balakirjeva K. Profilaktyka ta podolannjia profesjnoho ta emocijnoho vyhorannjia. Kyiv: UNDP, 2020. URL : <https://www.slideshare.net/undpukraine/ss-48391940>.

## ЛІКАР В УМОВАХ ВІЙНИ – МІЖ ЖИТТЯМ ТА СМЕРТЮ

*Старчук Євгеній Олександрович,  
магістрант кафедри філософії та політології  
Житомирського державного університету імені Івана Франка  
Науковий керівник: доктор філософських наук, професор,  
професор кафедри філософії та політології  
Житомирського державного університету імені Івана Франка  
Ковтун Наталія Михайлівна*

**Анотація.** У статті проаналізовано чинники і мотивацію лікарів у порятунку життя інших в умовах військових дій. Визначено три ключові чинники альтруїзму лікарів щодо порятунку інших: необхідність визнання інших людей як умова професійної і особистісної самореалізації, подолання власного егоїзму через альтруїзм щодо інших, прагнення подолати страх особистої смерті через усвідомлення можливості верховенства над нею.

**Ключові слова:** смерть, страх смерті, війна, лікар, професія лікаря.

### MEDIC IN THE CONDITIONS OF WAR – BETWEEN LIFE AND DEATH

*Starchuk Yevhenii Oleksandrovich,  
Master's student of Philosophy and Political science department  
Zhytomyr Ivan Franko State University*

**Abstract.** The article analyzes the factors and motivation of medics in saving the lives of others in the conditions of military operations. Three key factors of medics' altruism in saving others are identified: the need to recognize other people as a condition for professional and personal self-realization, overcoming one's own egoism through altruism towards others, and the desire to overcome the fear of personal death due to the awareness of the possibility of supremacy over it.

**Key words:** death, fear of death, war, medic, medic's profession.

24 лютого 2022 року громадяни України зустрілися з віроломною агресією з боку Росії, військові масштаби якої були найбільшими після Другої світової війни. Це сильно вплинуло на кожного члена українського суспільства. Таке близьке знайомство зі смертю поставило людину перед великою кількістю екзистенційних питань. До війни більшість українців старалися уникати їх, гублячись в інформаційному шумі, заміщаючи глибокі внутрішні проблеми штучними ідеалами. Чи не єдиним способом подолання проблем сенсовності життя стало для більшості наших співгромадян розчинення у суспільстві споживання, описаного у концепції «одновимірної людини» Герберта Маркузе [3].

Зустрівшись зі звуком першого вибуху, всі нав'язані, контекстом соціальних мереж, цінності втратили свій вплив і значення. Людина зустрілася сам на сам зі смертю. Розвиток кар'єри, накопичення коштів, кількість підписників у соціальних мережах і інші подібні аспекти життя, які мали найвищий рівень пріоритетності, розчинилися, показали свою ілюзорність. У цих умовах викристалізувалася одна єдина справжня валюта – цінність людського життя, цінність свого життя та життя близьких. Людина вкотре опинилася у самотності у великому місті. Будучи відірваною від традиційних інститутів, від вже колись усталеного і нецінованого відчуття безпеки, вона почала шукати нову опору у суспільстві, прагнучи єднання і підтримки від Інших. Усвідомлюючи спільну небезпеку, людина почала намагатися стати суспільно корисною. Ці процеси проходили усі громадяни України, представники різних професій, включаючи і вкрай важливу професію лікарів.

Опинившись на порозі вибору – рятувати своє життя чи продовжити виконувати власні обов'язки – лікарі залишалися вірними своєму громадянському обов'язку. Розуміючи ту небезпеку, на яку вони себе наражають, лікарі часто змушені робити вибір між власним життям, родиною, сім'єю на користь обов'язку. Ми розуміємо, що це найвища форма самопожертви. І її особливість полягає у свідомому виборі на користь суспільства, а не власного блага. У перші дні війни лікарі перебували у безпосередній небезпеці, у найгарячіших точках військових дій. Відомий вибух у родильному відділенні у Маріуполі, вибух ракети біля Житомирської міської лікарні №2. При цьому залишається неврегульованим питання щодо забезпечення членів сімей лікарів. На відміну від військових, за загибель лікаря його сім'я не отримує відшкодування, лише якщо він був військовим. Однак ми розуміємо, що Росія цілеспрямовано стріляє по лікарнях, поліклініках та об'єктах громадської інфраструктури. Що змушує лікарів робити такий вибір, опиняючись кожен день перед смертю та намагаючись побороти її задля перемоги життя? У ситуації екзистенційної загрози вони роблять вибір, який загрожує смертю, рятуючи життя інших людей.

На нашу думку, можна виділити наступні причини такої мотивації поведінки українських лікарів. По-перше, відіграє значну роль у такому виборі визнання інших людей. За Георгом Гегелем людина стає людиною лише через визнання інших. Частина людських бажань та потягів схожі з тваринними і по суті ними і є. Людина прагне їжі, пиття, сну і це все споріднює її з тваринами. По відношенню до людської свідомості всі речі є об'єктами, на які вона впливає як суб'єкт, пізнає їх, відкриває для себе. Проте, дуже часто людина не отримує від них віддачі. Щоб одна свідомість усвідомила себе свідомістю, її має визнати інша свідомість. Тому людина, стає людиною лише через визнання іншою людиною [1]. В той час, як основна потреба тварини полягає у виживанні, людина вимагає чогось більшого, крім фізичного виживання. Для неї найвищою цінністю є визнання інших, а воно можливе лише через самопожертву як вищу форму людської усвідомленості, можливість власної смерті задля порятунку іншого. У зв'язку з цим надзвичайно слушною є думка Альбера Камю, що ми поважаємо саме тих людей, які готові на самопожертву [2].

По-друге, людина у контексті повноцінної самореалізації прагне подолати власний егоїзм. Лікарі у зв'язку зі своїми професійними обов'язками часто перебувають у контексті критичних проявів буття, страждань своїх пацієнтів та їх родичів, що піддаються їх рефлексії. В моменти кризи для людини властиво переглядати свої ціннісні орієнтири. Вони стимулюють розвиток повноцінної особистості, котра виходить за межі власного егоїзму. У зв'язку з цим нагадаємо висловлювання Еріха Фромма: «Егоїзм свідчить про брак любові до себе. Хто себе не любить, вічно непокоїться через себе» [4]. У такому розумінні лікар, будучи носієм емпатії, не може не рятувати інших, адже безучасність до порятунку іншого, символічно буде сприйматися власним самогубством.

По-третє, причиною активної участі лікарів у порятунку інших є й їх прагнення подолати страх смерті через усвідомлення свого верховенства над нею. Оскільки лікарі часто зустрічаються з феноменом смерті вони більше інших усвідомлюють її невідворотність і формують свої цінності, не спираючись на страх цієї самої смерті. Вони, як ніхто інший, розуміють, що, коли наближається та сама зустріч, це не причина опускати руки і замикатися, що рефлекторно властиве іншим людям, а насправді причина діяти і боротися. Смерть це лише частина буття, адже людина володіє смертю, а не смерть володіє людською істотою. Людина по-справжньому народжується не у момент фізичного відділення від тіла матері, а усвідомивши своє життя не просто як відсутність смерті, подолавши тваринну природу у собі, реалізувавши можливість самоусвідомлення, що докорінно і відрізняє її від тварини.

Будь-яка людина, зокрема й лікарі, потрапляючи у район бойових дій починає переспрамовувати свій розум з рейок механістичної концепції сприйняття світу і сліпої логіки на шлях метафізики, віри у людяність і справедливість. В результаті сприйняття великої кількості антигуманних аспектів війни у її свідомості постає нагальна необхідність сприйняття людиною себе як гуманної істоти, якій властиво виходити за межі свого Его і боротися зі смертю не тільки у межах власного фізичного тіла. Лікарі у такому розумінні є справжніми героями, які протистоять смерті, небуттю і руху до ентропії.

#### Список використаних джерел

1. Гегель Георг. Феноменологія духу. [Переклад з німецької Петра Тарашука]. Київ: Основи, 2004. 548 с.
2. Камю Альбер. Міф про Сізіфа. Бунтівна людина. Харків: Фоліо, 2022. 448 с.
3. Маркузе Герберт. Одномірна людина. Дослідження ідеології розвинутого індустріального суспільства. Сучасна зарубіжна соціальна філософія: Хрестоматія. Київ: Либідь, 1996. С. 87 – 134.
4. Фромм Еріх. Мистецтво любові. [Переклад з англійської Віри Кучменко]. Харків: Клуб сімейного дозвілля, 2017. 192 с.

## **СЕКЦІЯ 8. МАЙБУТНЄ МЕДИЦИНИ: СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКЕ ПРОГНОЗУВАННЯ**

### **ЦИФРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ МЕДИЦИНИ У КИТАЇ**

*Андрюкайтене Регіна,  
доктор PhD соціальних наук (менеджмент),  
професор, зав. кафедри бізнесу та економіки,  
Марьямпольський університет прикладних наук (Марьямполь, Литва),  
лектор Литовського університету спорту (Каунас, Литва),  
Воронкова Валентина Григорівна,  
д. філос. н., професор, в.о. зав. кафедри управління та адміністрування,  
Інженерний навчально-науковий інститут ім.Ю.М. Потебні  
Запорізького національного університету,  
Нікітенко Віталіна Олександрівна,  
д. філос. н., доцент, професор кафедри управління та адміністрування,  
Інженерний навчально-науковий інститут ім. Ю.М. Потебні  
Запорізького національного університету,  
Олексенко Роман Іванович, д. філос. н.,  
професор кафедри менеджменту та публічного управління,  
Таврійський державний агротехнологічний університет  
імені Дмитра Моторного (м.Запоріжжя)*

Постраждалий від епідемії COVID-19 Китай швидше прийняв застосування нових технологій у медичних послугах та управлінні охороною здоров'я, таких як онлайн-діагностика та лікування, 5G, штучний інтелект, великі дані, в основі яких технічна спрямованість боротьби з епідемією. Цифрові медичні рішення відкрили нову можливість для розвитку перед обличчям величезного виклику нової епідемії корони. У Китаї тисячі інтернет-лікарень отримали ліцензії на медичні установи, і, окрім Тибету та Сіньцзянського виробничо-будівельного корпусу, інші провінції, автономні регіони та муніципалітети, що безпосередньо підпорядковуються центральному уряду, створили цифрові платформи нагляду за медичними послугами. Національна комісія з охорони здоров'я наразі вивчає та готується до видання нормативних актів на Інтернет-медичні послуги, щоб вимагати загальнонаціональної цифрової медичної допомоги, яка має єдині норми та єдиний нагляд. Медична галузь поступово перемістила фокус від «пацієнтів» до «споживачів», змінилися очікування всієї галузі щодо майбутнього. Згідно з результатами опитування Jabil, 92% респондентів відмітили, що споживчий попит все більше стимулює цифрові інновації в охороні здоров'я. Широке впровадження штучного інтелекту, низка адаптивних оновлень інфраструктури бездротового зв'язку для технології 5G, пристроїв та інших нових технологій, що викликають справжню цифрову революцію. Цифрове здоров'я набирає обертів. Шанхайська лабораторія штучного інтелекту – це нова науково-дослідна установа в галузі штучного інтелекту у Китаї. Вона проводить стратегічні, оригінальні та перспективні наукові дослідження та технологічні прориви, відкриває важливі базові теорії та ключові базові технології штучного інтелекту. Це широкомасштабна всеохоплююча дослідницька база, яка об'єднує засновану на платформі та підтримує індустрію штучного інтелекту Китаю для досягнення успіхів у цифровій медицині. Вона спрямована на створення прогресу, використовуючи оригінальні технології штучного інтелекту. Лікарня Жуйцзін, пов'язана з Школою медицини Шанхайського університету Цзяо Тун, є широкомасштабною загальноосвітньою навчальною лікарнею класу 3А, яка отримала найвищий рейтинг A++ у «Національній оцінці ефективності державних лікарень 3 ступеня». Лікарня має на меті побудувати орієнтовану на майбутнє «першокласну модель лікарні в Азії» та прагне перетворити лікарню Жуйцзін на глобального творця та джерело медичних технологій, яка включає національний демонстраційний сайт життєвого циклу послуг охорони здоров'я, сайт екстреної охорони здоров'я та надання допомоги при стихійних лихах. Останніми роками лікарня активно впроваджує практику медичної цифрової трансформації та активно просуває цифрове управління медичним процесом. У жовтні 2021 року в лікарні Жуйцзін було створено Шанхайський цифровий медичний інноваційний центр. Для того, щоб сприяти інтеграції цифрових технологій із клінічною медициною та індустрією життя та здоров'я, стимулювати інновації та розвиток галузей медицини та охорони здоров'я з клінічними потребами як ядром, а також формувати зв'язок екологічної інтеграції «медицина-промисловість-університет-дослідження», Шанхайська лабораторія штучного інтелекту співпрацює з Шанхайським університетом Цзяо Тонг.

Медичні установи у Китаї проводять конкурси, заохочу інноваційне застосування цифрової медицини, стимулюючи силу майбутніх інновацій і збираючи приклади цифрових медичних технологій та прикладних інновацій з усього світу. Лікарня Жуйцзін, яка приєдналася до Школи медицини, запустила «Конкурс інновацій у цифрових медичних технологіях та застосуванні» з темою «Нова екологія медичного інтелекту, співпраця заради спільного майбутнього». Велику роль відіграють Шанхайська лабораторія штучного інтелекту; Шанхайський інноваційний центр цифрової медицини; Інститут цифрової медицини Шанхайського університету Цзяотун; Глобальний академічний альянс університетів зі штучного інтелекту; Національний інноваційний індустріальний парк трансляційної медицини Guangci-Sinan; лікарня Жуйдзін, що приєдналася до Школи медицини Шанхайського університету Цзяотун. В останні роки великі лікарні в Китаї послідовно запустили різноманітні послуги, такі як портативні лікарні, лікарні через Інтернет, консультації за допомогою мобільного телефону, дистанційні консультації, електронні медичні записи та онлайн-записи. Серед них Інтернет-лікарні та онлайн-консультаційні платформи, які є онлайн-моделлю фізичних лікарень, фактично задовольняють ефективні та зручні потреби споживачів у медичній допомозі. У сфері медицини технологічні зміни та інновації часто відбуваються повільніше, ніж у сфері споживання. Заміна споживчих товарів, таких як смартфони та електронні пристрої впливають на зміни в галузі медицини, які часто пов'язані зі здоров'ям людини. Цифрове здоров'я активно сприяє темпам змін у медичній галузі, які є неминучими. З підвищенням рівня життя людей і пробудженням громадської обізнаності про здоров'я тривалість людського життя стає все довшою, водночас хронічні проблеми зі здоров'ям все ще впливають на якість життя людей. У сфері охорони здоров'я дефіцит кваліфікованого та досвідченого персоналу, збільшення робочого навантаження на лікарів і зростання витрат на охорону здоров'я створюють тиск на пацієнтів, платників і постачальників. Ринок став надавати перевагу прогностичним і профілактичним моделям лікування. З'явилися моделі, засновані на вартості (тобто моделі оплати, засновані на результатах лікування), що стимулювало цифрові інновації та розвиток медичної допомоги. Незважаючи на те, що поточні труднощі та виклики в медичній галузі залишаються, цифрові медичні технології сповнені потенціалу розвитку та можливостей, мають широкі перспективи розвитку. Щоб краще зрозуміти поточний розвиток цифрової охорони здоров'я, маркетингова дослідницька компанія, провели опитування понад 420 медичних працівників, які мають повноваження приймати рішення в компаніях, які зараз займаються або планують займатися розвитком цифрових навичок. Розвиток цифрових медичних технологій в основному представляє наступні тенденції. Тенденція 1. Було досягнуто значного прогресу в цифрових рішеннях для охорони здоров'я. Згідно з першим опитуванням Jabil у 2018 році, лише 21% респондентів сказали, що цифрові рішення для охорони здоров'я їхніх компаній перебувають на стадії виробництва, тоді як більше половини компаній лише на стадії концепції, розробки чи проектування цифрових рішень для охорони здоров'я. Тенденція 2: у галузі охорони здоров'я з'являються (і вже з'явилися) нові бізнес-моделі. Медична екосистема, яка перебувала в стагнації протягом багатьох років, почала відкриватися зовнішньому світу, стимулюючи трансформацію медичної галузі до цифрових медичних рішень, і медична галузь почала вступати в період бурхливого розвитку. Тенденція 3. Час виходу цифрових медичних рішень на ринок значно скоротився. Згідно з опитуванням Jabil у 2018 році, постачальники цифрових рішень для охорони здоров'я погоджуються, що цифрове здоров'я значно відстає від інших галузей, особливо від розробки продуктів і циклів запуску. Сьогодні виробники медичного обладнання поступово перемістили свою увагу на споживачів і цифрові рішення, прагнучи скоротити цикли розробки продуктів і зробити їх більш відповідними очікуванням клієнтів. Протягом останніх кількох років технологічні гіганти часто намагалися вийти в медичну галузь: з 2015 року Apple послідовно придбала низку нових медичних компаній і підприємств, щоб покращити можливості моніторингу здоров'я продуктів Apple; У березні Amazon придбала Health Navigator, стартап із цифрової охорони здоров'я, і запустила медичні послуги Amazon Care для внутрішніх співробітників. Факти підтверджують, що медична індустрія Китаю поступово розвивається в напрямку децентралізації медичних ресурсів, нескінченним потоком з'являються різноманітні бізнес-моделі Інтернет+, такі як Інтернет+лікарні, онлайн-консультаційні платформи, медицина, медичне страхування, медичні послуги та інші моделі. Модель медичних послуг трансформується в модель, орієнтовану на пацієнта. Керуючись політичним заохоченням, економічним розвитком, соціальним розвитком і технологічним удосконаленням, цифровий медичний ландшафт Китаю поступово розвивається.

## ТЕРАПЕВТИЧНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ФІЛОСОФІЇ В УМОВАХ ВІЙНИ

*Бутченко Тарас Іванович,  
д.філос.н., доц., зав. кафедри соціальної філософії та управління,  
Запорізький національний університет*

В екстремальних умовах війни багато людей потрапляє у стан психологічної фрустрації та депресії. Загибель близьких, руйнування усталеного соціокультурного середовища – все це утворює підґрунтя гострої морально-ціннісної кризи, втрату смисложиттєвих орієнтирів, що, своєю чергою, руйнує психічне та фізичне здоров'я людини. В цій проблемній ситуації виявляється затребуваним терапевтичний потенціал філософії, її здатності допомогти людині відновити/перевизначити ті світоглядно-сміслові координати буття, заради яких варто жити. Існують різні підходи до реалізації цього потенціалу.

Так, у філософському вченні М. Гайдегера обґрунтована етика турботи як процес повернення людині до власної екзистенції, особливе її вміння встояти відкритим до відкритості буття заради майбутнього себе і світу. У свою чергу, реалізуючи філософсько-етичну програму екзистенціалізму, В. Франкл розробив методіку логотерапії, спрямованої на фасилітацію здатності людини відкривати нові смисли, нові виміри своєї свободи, нескінченної сингулярної множинності можливостей проектування себе [3].

Для практичної реалізації терапевтичного потенціалу філософії напевно має значення і відповідний досвід «Товариства філософської практики», заснованого німецьким філософом Г. Ахенбахом. У рамках цієї інституції були відпрацьовані методики надання професійних філософських консультацій як на індивідуальному, так і корпоративному рівнях у форматі діалогу. «Гості» (тобто особи, які звернулися за підтримкою) залучалися до філософського діалогу задля відкриття нових смислових перспектив, усвідомлення того, що вони раніше не брали до уваги, і, тим самим, зміцнення і розвитку у них здатності «відчувати себе дома», навіть зіштовхуючись із «девіантним, незвичним мисленням, чуттєвим переживанням та оцінюванням» [1].

На нашу думку, передумовою реалізації терапевтичного потенціалу філософії виступає зміна ставлення до неї у суспільстві, подолання існуючих стереотипних оцінок філософських практик як утопічних, далеких від реального життя. Нагадуємо, що осмислення трагічного досвіду світових війн ХХ ст., прагнення уникнути таких катаклізмів у майбутньому підштовхнуло у свій час ЮНЕСКО до визнання необхідності забезпечення рівного доступу до філософської освіти. У Меморандумі програми ЮНЕСКО в галузі філософії від 24 липня 1946 р. стверджувалася необхідність «наповнити суспільну свідомість певною сукупністю філософських і моральних понять, яку слід розглядати як мінімальну основу, розраховану для відновлення поваги до людської особистості, любові до миру, несприйняття обмеженого націоналізму, грубої сили...» [2, с. 38].

Разом із цим вітчизняні філософи вже тепер зобов'язані взяти участь у реалізації терапевтичного потенціалу філософії на рівні суспільної свідомості. Йдеться як про творення нових смислів, експлікацію культуротворчих смислів національної ідеї, так і про відповідну участь у громадській просвітницькій роботі. «Філософські кафе» і семінари, регулярні виступи філософів у мас-медіа – все це має скласти значущу частину громадського дискурсу в сучасній Україні.

### Список використаних джерел

1. Achenbach, Gerd B. (1989) A short answer to the question: What is Philosophical Practice?, The article "Praxis, Philosophische" by Odo Marquardt in the "Historisches Wörterbuch der Philosophie", et. al., Vol. VII, Basel 1989, pp. 1307f URL: [https://www.achenbach-pp.de/de/en\\_what\\_is\\_philosophical\\_practice.asp](https://www.achenbach-pp.de/de/en_what_is_philosophical_practice.asp)
2. Droit, Roger-Pol (1995). Philosophy and democracy in the world. A UNESCO survey. Foreword by Federico Mayor. Translation by Catherine Cullen. Paris: UNESCO Publishing, 1995. 193 p.
3. Франкл Віктор Людина у пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі / Х. Клуб сімейного дозвілля, 2016. 160 с.

## ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ СТРУКТУРИ ПІДПРИЄМСТВА ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ЛЮДСЬКОГО ФАКТОРА

*Дудченко Сергій Анатолійович,  
аспірант спеціальності 073 «Менеджмент»  
кафедри підприємництва, менеджменту організацій та логістики  
Запорізького національного університету*

Дослідження широкого кола питань, пов'язаних формуванням концепцій стратегічного управління промисловими підприємства в умовах неоднорідності та нестабільності сучасної економіки, пов'язаних із соціально-економічними та політичними процесами суспільства і держави, вимагають встановлювати високий рівень ефективності використання людського потенціалу та

детального аналізу проблемам виробництва, спричинених людським фактором. А стратегії управління людським потенціалом та концепції розвитку виробництва управління людським фактором є необхідною умовою для реалізації можливостей сталого розвитку підприємства.

Зміст термінів «людський фактор» та «людський потенціал» мають багато спільних рис, що визначають можливості та здібності людини у розвитку здібностей і навичок. Однак переорієнтація поняття «людський фактор» на вивчення більш прикладних аспектів діяльності людини, внаслідок оптимізації ролі людини в складних виробничих системах, що пов'язані зі всіма аспектами діяльності людей, дозволяє визначити цей термін, як рушійну силу, що змінює соціально-економічні системи, як окремого підприємства, так і економіки в цілому [1]. Такі ознаки актуалізують проблематику і пріоритетність досліджень у сфері впливу людського фактору та впровадженню заходів, спрямованих на урахування людського фактору на кожному промисловому підприємстві, як основного механізму впливу на економічні показники організації. Втілення таких заходів можливе лише за наявності відповідної організаційної структури, яка повинна забезпечити потреби життєдіяльності людини та вирішенню проблем, пов'язаних зі складовими людського фактору. Умовою створення на підприємстві структур, є усвідомленням вищою ланкою управління візії людини, як основної ціннісної одиниці сучасного бізнесу, а організації в створенні концепцій мотивацій працівників за для реалізації соціально-економічних умов їх діяльності.

Розгортаючи складові елементи структури людського фактору, можна виділити чотири категорії:

- фізичні фактори (фізичні можливості людини виконувати необхідні завдання, наприклад зір, сила, зріст, слух, фізична сила);
- фізіологічні фактори стосуються внутрішніх фізичних процесів людини і можуть мати несприятливий вплив на фізичні та когнітивні характеристики, наприклад, загальний стан здоров'я, особистий стресовий стан, вживання тютюну чи наркотиків, вагітність тощо;
- психологічні фактори, що впливають на психологічну здатність людини впоратися зі всіма обставинами, які можуть виникнути, наприклад психологічне навантаження, робоче навантаження відповідність професійної підготовки та досвіду;
- психосоціальні фактори – всі навколишні фактори в соціальній сфері людини, що чинять на неї тиск у виробничому так і невиробничому середовищі.

Визначальними завданнями для елементів структури, що формуються, стане забезпечення: фізіологічних потреб, потреби в безпеці, соціальних потреб, потреби в повазі, потреби в самоактуалізації [2].

Слід зазначити, що за своєю суттю основу кожного фактору складають фізіологічні процеси, які слід розглядати з точки зору фізіології і медицини. Тому і організаційна структура підприємства повинна бути спрямована в першу чергу на коло питань по вирішенню проблем людей, пов'язаних зі збереження здоров'я працівників, профілактикою захворювань та їх соціальною підтримкою. Кількісно-якісний склад, структура, форми організації, функції, логістичні та комунікативні зв'язки утвореної системи залежать від фінансово-економічних та організаційно-технічних характеристик підприємства: сфера діяльності, фінансові показники, наявність ресурсів, ступінь технічного розвитку, кількість працівників, ступінь розгалуженості, ступінь економічних зв'язків (внутрішній чи зовнішній ринок) то що.

За своїми функціями умовно розділимо підрозділи на п'ять категорій: медичні; медико-санітарні та профілактичні, безпеки, соціального захисту.

Крім того, необхідно зауважити, що чинним законодавством визначна обов'язкова наявність в структурах підприємства підрозділів охорони праці, цивільного захисту, екологічної безпеки. У залежності від особливостей виробництва формується комплексна програма з забезпечення технічними та фінансовими ресурсами до вимог законодавства та безпеки діяльності виробництва, задля чого утворюється матеріально-технічна, нормативна та професійна база для втілення розроблених заходів. Слід зазначити, що оскільки ці підрозділи є обов'язковими в організаційній структурі, а їх діяльність контролюється державними органами, незважаючи на їх неприбутковість, вони найчастіше мають найкраще організовану управлінську вертикаль, а фінансування результатів робіт іноді на рівні формального виконання.

Особливо важливими на сьогодні стали підрозділи цивільного захисту, що повинні забезпечувати безпеку працівників продовж їх трудової діяльності. Низький рівень фінансування та зневажливе ставлення керівників до проблеми цивільного захисту привели до низки проблем, пов'язаних з безпекою працівників на виробництві. Тому і відсутність, невідповідність нормам або неналежним чином створених бомбосховищ, відсутність інформаційної роботи з колективом з



питань цивільного захисту, відсутність кваліфікованого медичного та немедичного персоналу з надання першої медичної допомоги, абсолютний нігілізм в поведінці під час нападу, та байдуже ставлення і несприйняття людьми реального стану речей стали основними нагальними проблемами для вирішення не тільки на рівні організації а й на рівні держави.

Формування медичних, медико-санітарних та підрозділів соціальної направленості є не обов'язковими, тому вони, як правило, нерозгалужені або взагалі відсутні. На великих промислових підприємствах, які були започатковані ще за часи Радянського Союзу ще подекуди збереглися організаційні форми, забезпечення медичною допомогою та медико-санітарної безпеки. Такі, як профілактичні пункти, стоматологічні кабінети, кабінети- амбулаторії, профілактичні санаторії тощо, але вони в недостатній кількості з досить низьким рівнем фінансування, що в остаточному рахунку призводить їх до виведення з власності підприємства та перехід на комерційну діяльність або закриття. Важко недооцінити значення діяльності цих органів на підприємстві, які забезпечують стабільну роботу та розвиток організації. В розрізі впливу людського фактору на виробництві, мотивації та задовільнення фізіологічних потреб людини проблема медичного нагляду зараз виходить на друге місце після вирішення проблем безпеки. Тому організаційно-технічні заходи, що належить втілювати у цьому сегменті діяльності потребують не просто пошуку нових підходів на підприємстві, а реформування медичної галузі та переформатування міжгалузевих зав'язків між медициною виробництвом та державними органами. Тому саме вирішення фінансово-організаційних питань в галузі медичних послуг надасть можливості розвитку виробничого сектору економіки. Кожне підприємство, незалежно від кількості працюючих чи масштабів виробництва повинно обов'язково мати контрольований державою соціально-медичний пакет для працівників, який має містити – медичне обслуговування (амбулаторія, травмпункт), санітарну та профілактичну підтримку. Тобто кожен працівник має право безкоштовної медичної допомоги (консультації) в амбулаторії-поліклініки, безкоштовних щеплень та лікування в санаторіях та профілакторіях. Всі медичні установи повинні бути адміністративно незалежними від виробництва та мати «зведене» фінансування-часткову з фондів соціального захисту підприємства, державного фонду, профспілкових установ та коштів страхових компаній. Звісно в цьому розрізі треба переформувати концепції медичного страхування на виробництві, розділивши витрати між працівником, підприємством та державою, змінюючи податкові ставки. Особливу увагу треба приділити трансформації профспілкових утворень. Створені за часи і по принципам ідеології Радянського Союзу в своїй роботі за довгий час незалежності України в своїй роботі профспілки мало що змінили. Ідеологію комуністичної партії вони замінили задоволенням вимог бізнесу, невиконуючи основне завдання профспілок-захист інтересів працівників. Але проблема не в ідеологічних засадах, а в використанні фінансових ресурсів, які акумулюються в великій кількості і не завжди використовуються за призначенням, або формують бюджет проїдання профспілок.

Окресливши невелике коло питань, що пов'язане з проблематикою формування організаційної структури підприємства та запропонувавши основні концепції їх розгляду та шляхи вирішення, з впевненістю можливо стверджувати, що головний висновок нашого дослідження цілком закономірний – недостатня увага до впливу фізіологічних складових людського фактору завдає збитків добробуту людей, значних суспільних витрат та значно обмежує можливості зростання та ефективного управління [3]. Водночас треба наголосити, що залишається недослідженим широкий спектр фізіологічних та психофізіологічних факторів як складових терміну «людський фактор», що потребують негайного вирішення. Та велика кількість гострих питань, що стоять на шляху втілення заходів по гуманізації виробництва, формування корпоративної культури, розвитку людського потенціалу, соціальних інновацій на виробництві та соціальної, адаптування та реабілітації робітників, що можливі за умови більш ефективної роботи державних органів влади та соціальних підходів у бізнесі та медицині.

#### Список використаних джерел

1. Корнілова О.В. Людський фактор антикризового управління та його особливості в підприємствах роздрібної торгівлі. Електронний журнал «Ефективна економіка». 2010. №12.
2. Абрахам Маслоу і психологія самоактуалізації / Дж. Фейдимен Особистість і особистісне зростання / Дж. Фейдимен, Р. Фрейгер. Київ, 1994. 347 с.
3. Пішуліна О. Розвиток людського капіталу: на шляху до якісних реформ. Київ: Видавництво «Заповіт», 2018. 367 с.

## АКМЕОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД ЯК ОСНОВА ПІДГОТОВКИ ФАРМАЦЕВТІВ/ПРОВІЗОРІВ-ІНТЕРНІВ У КОНТЕКСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПУ НАВЧАННЯ ПРОТЯГОМ ЖИТТЯ

*Іванькова Наталія Анатоліївна  
кафедра клінічної фармації, фармакотерапії,  
фармакогнозії та фармацевтичної хімії,  
Запорізький державний медичний університет*

Принцип навчання протягом усього життя є одним із пріоритетів в сучасній освіті та дозволяє розвивати ключові компетенції майбутніх фахівців. Реалізація цього принципу має свої особливості в процесі підготовки фахівців фармацевтичного профілю. Отже, потребують визначення форми і методи його реалізації у вищому навчальному закладі.

Проаналізувавши зміст навчального предмету «Соціально-комунікативна взаємодія у фармації» та відповідність його фаховим компетентностям, ми прийшли до висновку про те, що, вивчення саме цього предмету стає підґрунтям для подальшої реалізації принципу навчання протягом життя фармацевтів/провізорів-інтернів. Основні поняття, які вивчаються (етика, мораль, гуманізм, емпатія, саморозвиток, самоконтроль, принципи і види ділової комунікації, конфлікт та шляхи його вирішення, синдром емоційного вигорання), закладають основи для подальшої успішної професійної реалізації. Вони створюють «вектор» розвитку майбутнього фахівця, закладають основи психологічної безпеки та необхідність самореалізації у професійному середовищі. На нашу думку, необхідним є розширення тематики предмету поняттями та категоріями акмеології. Вивчення основ акмеології, її принципів та підходів, надасть можливість спрямувати погляд майбутніх фахівців на саморозвиток і самовдосконалення в контексті важливості професійної діяльності та її відповідальності. За визначенням науковців, «акмеологія – це наука про закономірності, умови, фактори і стимули, які сприяють або перешкоджають самореалізації зрілих людей у процесі самопосилення до вершин професіоналізму та продуктивності діяльності творення» [1]. Саме акмеологічний підхід закладає основи самовдосконалення, самоконтролю, саморозвитку та самосвідомості на всіх етапах життя і діяльності людини. Акмеологічний підхід як основа реалізації принципу безперервного навчання при підготовці фармацевтів/провізорів-інтернів може здійснюватися у напрямках:

- використання методологічних засад акмеології для побудови системи професійної підготовки;
- засвоєння фармацевтами/провізорами-інтернами категоріально- понятійного апарату акмеології та її закономірностей;
- застосування в практичній підготовці акмеологічних методів та технологій;
- орієнтація професійної підготовки на досягнення акмевершин.

Таким чином, вивчення основ акмеології фармацевтами/провізорами-інтернами та впровадження принципів акмеології у навчальний процес створюють умови для реалізації принципу безперервного навчання – «навчання протягом життя». Майбутній фахівець здійснює перехід з позицій об'єкта навчання в позицію суб'єкта виховання та самовиховання.

Список використаних джерел

1. Фундаментальна акмеологія – наука XXI століття: монографія/редкол. В.О. Огнев'юк, В.М. Гладкова, Я.С. Фруктова. К.: Інтерсервіс, 2019. – 206 с.

## ВИКОРИСТАННЯ ЧАТ-БОТІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЦИФРОВОЇ МЕДИЦИНИ КИТАЮ ТА США

*Крупа Андрій Геннадійович,  
аспірант спеціальності 073 «Менеджмент»  
кафедри управління та адміністрування,  
Воронкова Валентина Григорівна,  
д. філос. н., професор,  
в.о. зав. кафедри управління та адміністрування,  
Інженерний навчально-науковий інститут ім.Ю.М.Потебні  
Запорізького національного університету*

Живий чат-бот – це програмне забезпечення, яке використовує алгоритми машинного навчання та обробку природної мови (NLP) для надання допомоги пацієнтам у реальному часі. Роль чат-ботів завжди має полягати в тому, щоб покращувати роботу медичних працівників, а не замінювати їх, тому переваги використання чат-ботів у сфері охорони здоров'я незліченні. Крім усунення витрат і підвищення ефективності, вони можуть зменшити стрес для медичних

працівників і покращити результати лікування пацієнтів. Роботи на основі штучного інтелекту сьогодні є обов'язковими в охороні здоров'я. Це робить медичний заклад доступним 24 години на добу без необхідності наймати агентів з обслуговування клієнтів. Щодня багато людей взаємодіють із чат-ботами через свої смартфони, навіть не усвідомлюючи цього, чат-боти змінюють спосіб нашого життя. Платники медичних послуг, постачальники та медичні асистенти починають використовувати інструменти з підтримкою штучного інтелекту для оптимізації догляду за пацієнтами. Чат-боти охорони здоров'я в галузі медицини завжди працюють, коли пацієнт розмовляє з медичним представником, який може звучати як людина, є розумною машиною для спілкування. Віртуальні помічники також можуть допомогти з веденням записів. Чат-боти штучного інтелекту в охороні здоров'я допомагають приймати обґрунтовані рішення, надсилаючи важливі дані експертам із охорони здоров'я в режимі реального часу. Вони допомагають:

- 1) Зменшити прогули. Пацієнти можуть отримувати нагадування від цифрових помічників.
- 2) Масштабованість. Потрібно більше працівників, щоб обробляти кілька запитів одночасно.
- 3) Цілодобовий доступ до пацієнтів. Роботи в реальному часі гарантують доступ до клінічної практики незалежно від вільних годин. Потенційні пацієнти мають усі необхідні дані вдень чи вночі.
- 4) Підтримка клініцистів біля ліжка. Віртуальні помічники допомагають лікарям отримувати інформацію про ліки в реальному часі. На додаток до активних інгредієнтів у ліках, він надає поради про ліки, що відпускаються за рецептом. Завдяки цьому лікарі зможуть швидше призначити конкретні ліки з правильним дозуванням та інструкціями.
- 5) Управління здоров'ям населення під час глобальної пандемії. Для прогнозування інфекції важливо аналізувати різні параметри та симптоми. Глобальна пандемія небезпечної для життя хвороби спонукала людей негайно звернутися до свого лікаря загальної практики. Наявність віртуального агента може зробити цей процес безпечним, простим і ефективним. Пацієнти можуть просто поділитися своїми симптомами, а робот зможе проаналізувати їх, щоб надати відповідну інформацію або навчити їх діяти.
- 6) Обробка рахунків і претензій. Останнє – чекати, поки пацієнти опрацюють свої платежі. Після інтеграції з внутрішньою платіжною системою вашої практики віртуальний помічник може забезпечити збір платежів і керувати запасами.
- 7) Збирати відгуки пацієнтів. Метою будь-якої клінічної практики є забезпечення найкращого можливого лікування пацієнта. Цей інтелектуальний бот є ідеальним способом збору таємничих даних пацієнтів для внесення надійних покращень і, зрештою, підвищення рівня задоволеності пацієнтів.
- 8) Забезпечити безпечний доступ до медичних записів. Їх можна інтегрувати з поточними системами EMR/EHR для зберігання, обміну, моніторингу та підтримки інформації про здоров'я пацієнта. Лікарі або пацієнти можуть мати безпечний доступ до цих звітів, коли це буде потрібно. Роль чат-ботів завжди має полягати в тому, щоб покращувати роботу медичних працівників, а не замінювати їх. Отже, переваги використання чат-ботів у сфері охорони здоров'я незліченні. Роботи на основі штучного інтелекту є обов'язковими в охороні здоров'я. Це робить медичний заклад доступним 24 години на добу без необхідності наймати агентів з обслуговування клієнтів. Штучний інтелект (ШІ) швидко змінює ландшафт галузі охорони здоров'я. У квітні компанія Babylon Health збрала майже 60 мільйонів доларів на створення власного «лікаря зі штучним інтелектом», який може діагностувати хвороби за допомогою програми чату. Додаток для чату, який було завантажено понад мільйон разів, дозволяє людям консультуватися з ними по телефону, не звертаючись до клініки. Чат-боти пропонують пацієнтам більш систематичний і надійний підхід до самодіагностики. Незважаючи на те, що чат-боти працюють віддалено, вони можуть надавати пацієнтам індивідуальні плани лікування в режимі реального часу за допомогою штучного інтелекту. Крім того, чат-боти використовуються не лише в діагностиці, а й у процесі лікування пацієнтів. Пацієнти можуть отримати відповідний діагноз і план лікування від чат-бота, надіславши відгук у реальному часі. Штучний інтелект можна використовувати не тільки для медичної діагностики, а й для профілактики захворювань. Завдяки глибокому навчанню штучний інтелект може запобігати захворюванням і прогнозувати їх. Одним із прикладів є Deltatics, азіатська компанія з аналізу даних. Компанія співпрацює з кількома компаніями-чат-ботами, щоб надати «додатки для аналітики способу життя», які надають користувачам дані на основі повсякденної поведінки, медичних даних і факторів навколишнього середовища. Однак розробка повноцінної діагностики чат-ботів і штучного інтелекту все ще знаходиться в зародковому стані. Здатність чат-платформи розпізнавати мовні, соціальні та культурні нюанси є важливим фактором для ефективного залучення користувачів. Чат-боти можуть зіставляти симптоми пацієнтів із попередньо встановленою базою даних, для діагностики деяких захворювань потрібне тривале спостереження. Використання чат-ботів і штучного інтелекту загрожує надмірним спрощенням статус-кво.

Крім того, є розбіжність між симптомами, які сприймають пацієнти, та симптомами, які насправді існують, що є одним із ризиків. В майбутньому штучний інтелект не зможе повністю замінити амбулаторні клініки, можна створити простіших роботів, щоб усунути багато повторюваних завдань, скоротити час очікування пацієнтів і служити першою точкою контакту для пацієнтів. Чат-боти не є «менш корисними», ніж ті, що працюють на основі складного штучного інтелекту, їх можна широко використовувати для різних медичних цілей, а не лише для діагностики. Існуюча програма діагностики та лікування чат-бота Kangxun спрямована на те, щоб допомогти клієнтам спілкуватися з потенційними та існуючими зацікавленими сторонами. Чат-боти можна використовувати в різних формах охорони здоров'я, таких як клінічні випробування, довідкові служби, інформаційні канали, комунікації брендів та інші платформи. У рамках сеансу лікування CliniT, останнє комплексне цифрове рішення від Consun, використовує чат-бота для допомоги пацієнтам. Його переваги та функції такі: підтримка користувачів; підтримка адміністративних завдань. Чат-боти можуть допомогти автоматизувати процес реєстрації, планувати зустрічі та нагадувати про послуги від імені лікаря/медсестри. Чат-бот CliniT – це не заміна, а розширення людських кордонів. Медсестри можуть вручну втручатися в розмови ботів CliniT, надсилаючи відповіді пацієнтам у той самий канал чату, надаючи відповідну інформацію. Збір даних: дані по поведінку пацієнтів можна отримати з розмов за допомогою чат-бота CliniT. Статистика, керована даними: аналіз великих даних можна використовувати для підтримки дослідників і медичного персоналу, сприяння своєчасній реакції, трансформації бізнесу та наукової діяльності. Чат-боти можна використовувати для передачі широкого спектру контенту та медіа. Просування продукту: коли настане відповідний час, чат-ботів можна запрограмувати на рекомендацію та просування продуктів клієнтів користувачам. Брендинг: чат-боти можна використовувати як амбасадорів бренду. Завдяки розвитку характеру клієнти можуть покращити свій бренд за допомогою іміджу, який їхня цільова аудиторія зможе ідентифікувати. Чат-бот тут відноситься до моделі сервісу, заснованої на інтерфейсі чату (це може бути текстовий чат або голосовий чат). Типи чат-ботів: Перший – відповідь за правилом означає, що користувачі повинні робити запити на основі правил. Другий тип – чат-бот, заснований на машинному навчанні. Третій режим – режим дистанційної праці, що використовується в більш складних сферах, таких як медична допомога [1].

Список використаних джерел

1. Воронкова В.Г., Андриякайтене Р. Тенденції розвитку філософії медицини XXI століття у контексті зарубіжного досвіду Збірник матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (24-25 лютого 2022 року). Запоріжжя: ЗДМУ, 2022. 242 с.

## **НАПРЯМИ РОЗВИТКУ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ У СФЕРІ МЕДИЦИНИ В ЕПОХУ ВЕЛИКИХ ДАНИХ**

*Мар'єнко Вікторія Юріївна,  
аспірантка спеціальності 073 «Менеджмент»  
кафедри управління та адміністрування,  
Воронкова Валентина Григорівна,  
д. філос. н., професор,  
в.о. зав. кафедри управління та адміністрування,  
Інженерний навчально-науковий інститут ім.Ю.М.Потебні  
Запорізького національного університету*

Актуальність теми дослідження у тому, що початок епохи великих даних призвів до індивідуального розвитку медицини, а застосування цифрових технологій висунуло точну медицину на перший план. Поєднання персоналізованої медицини та прецизійної медицини свідчить про медичну реформу в епоху великих даних, що привело до революції в медицині через оцифрування людського тіла. В епоху великих даних виникають потенційні зміни завдяки упровадженню цифрових технологій, контроль персональних медичних процесів і охорони здоров'я став ядром змін. Функціонування медичної платформи великих даних пов'язане з покращенням загального здоров'я людини, соціального суспільного блага, спільної етики та особистих медичних послуг із розширенням масштабу та підвищенням ефективності, що сприяє революційній реконструкції медичної етики. До напрямів розвитку цифрових технологій у сфері медицини в епоху великих даних відносяться покращення здоров'я людини загалом за допомогою персоналізованої медицини. По-перше, значення цифрового людського тіла та геноміки полягає у зміні медичної спрямованості через інтеграцію технології великих даних і технології генетичного

скринінгу: профілактика важливіша за лікування, а медицина може принести суттєве покращення загального здоров'я людини. В епоху великих даних мобільні телефони стануть порятунком, дозволяючи людям у віддалених районах отримувати необхідні їм медичні послуги та створюючи цифрову мережеву систему за допомогою зворотного зв'язку з даними. Завдяки великим даним медична допомога може бути незалежною від часу та простору, може продемонструвати сильні сторони в галузі навчання здоров'ю, онлайн-діагностики, профілактики, реагування на катастрофи. По-друге, зменшити напругу між лікарями та пацієнтами, зміцнюючи здоров'я суспільства. У центрі уваги реконструкції медичної моралі в епоху цифрових технологій – побудова суспільного блага за допомогою індивідуалізованої науки та зняття напруги між лікарями та пацієнтами [1]. Існує чіткий розрив між наголосом біоетики на індивідуальних правах і наголосом на загальному здоров'ї населення. Однак, якщо індивідуальна автономія або самовизначення не підтримується індивідуалізованою медициною, заснованою на «цифровому людському тілі + секвенуванні генів», це може демонструвати лише абстрактний принцип прав. По-третє, з настанням цифрової ери уряди всіх країн усвідомили важливість відкритості даних і видали закони та нормативні акти щодо відкритості даних. Медичні великі дані об'єднують пацієнтів як точки медичної інформації в море даних. Відкрита та спільна медична інформаційно-технологічна система призвела до низки конвергенцій, які об'єднують цифровий світ мобільних пристроїв, хмарних обчислень і соціальних мереж, із світом цифрової медицини геноміки, біосенсорів і передових зображень. Цифрова технологія можуть втілювати концепцію «порадьтеся з лікарем, перш ніж захворіти» через більший акцент на профілактиці з метою надавати індивідуальні медичні послуги через відкриту та інтегровану команду експертів. Практика медичних технологій на основі мережевої платформи робить модель діагностики та лікування медичної команди базовою моделлю майбутньої медичної діагностики та лікування. Практика медичних технологій в епоху великих даних забезпечує нову форму «командної медицини». Медицина - це вже команда експертів, що базується на мережевому просторі, щоб надавати пацієнтам індивідуальні медичні послуги. Надання медичних послуг окремим особам у формі команди сформувало орієнтовану на пацієнта медичну етику. Величезна агрегація даних, зібраних від окремих осіб, створила етичне коло зворотного зв'язку, що приносить користь усім учасникам плану охорони здоров'я та спонукає до участі все більшої кількості людей. Революція в галузі охорони здоров'я в епоху великих даних залежить від створення моделі точної медицини, заснованої на цифровому людському тілі з точки зору технічної форми. Поєднання бездротових датчиків, великих даних і геноміки є його авангардом. Ця реконструкція медичної моралі висвітлює три основні етичні та моральні проблеми. По-перше, питання особистої конфіденційності та безпеки. В епоху цифровізації та інформатизації медична галузь стикається з подвійними проблемами захисту інформації та захисту особистого життя. Одним із ризиків для безпеки та конфіденційності є ризик, пов'язаний із використанням співробітниками власних мобільних пристроїв для підключення до ІТ-інфраструктури медичної системи. Це найслабша ланка для вторгнення зловмисного програмного забезпечення, відома як проблема «принеси свій пристрій» у медичну сферу. Впровадження мобільних або персоналізованих медичних планів охорони здоров'я є планом багатьох провідних клінік і лікарень. Захист приватного життя учасників є не лише необхідною умовою для розвитку медичних досліджень, а й необхідною умовою для реалізації програм охорони здоров'я. Лише шляхом пошуку балансу між захистом особистої конфіденційності та використанням баз даних можна вирішити питання етики конфіденційності та безпеки медичної біоетики в еру великих даних. По-друге, достовірність даних: як запобігти нечесності чи викривленню даних є етичним викликом на базовому рівні обміну даними. Практика медичних технологій, заснованих на цифровому людському тілі, передбачає непорушну моральну суть. Оскільки людське тіло та його стан здоров'я записуються, зберігаються та поширюються у цифровій формі, формується цифрова особа, що відповідає фізичній особі. Ненадійні або викривлені дані роблять прецизійну медицину. Наприклад, якщо хтось стурбований тим, що особисті дані про здоров'я чи генетичні дані негативно вплинуть на кар'єру та майбутнє життя особи, така ситуація може виникнути, коли є умови для гри в систему даних шляхом приховування, ненадання або надання неправдивих даних. Як управляти чи запобігати ненадійності чи спотворенню даних - це етична проблема, з якою стикається обмін даними в епоху цифрових технологій, і це є основною темою біомедичної етики в епоху великих даних. По-третє, виклики, спричинені цифровим розривом або розривом цінностей. Цифровий розрив означає величезну різницю у використанні цифрових технологій різними соціальними групами, яка поділяється на чотири аспекти: доступ, застосування, знання та цінність. Оскільки проблема

доступу поступово вирішується, розрив у застосуванні та знаннях скорочується, а розрив у цінностях стає дедалі помітним. Це говорить про те, що ми повинні приділити повну увагу зміні цінностей, спричиненій революцією цифрового здоров'я. Лише зменшивши розрив у цінностях, люди зможуть усвідомити, що революція особистого здоров'я, заснована на індивідуальній медицині та прецизійній медицині, є медичною революцією, яка об'єднує людину в єдине ціле. Це показує, що основною цінністю революції здоров'я в епоху цифрових технологій є пацієнт. Тільки покращивши медичну етику, більше людей можуть брати участь у створенні медичної платформи великих даних. Основні принципи великих даних, геноміки, мобільної медицини та прецизійної медицини полягають у повному обчисленні даних. Перебудова стосунків між індивідом і колективом за допомогою великих даних має неоціненний вплив як на індивіда, так і на колектив, змушуючи людей переосмислювати значення колективних цінностей. Звичайно, таке мислення має базуватися на підтримці індивідуальної свободи, гідності та прав. У сучасну цифрову епоху розвиваються головні тенденції глобального розвитку медицини: 1) глибока інтеграція цифрових технологій і медичних методів; 2) покращення медичної грамотності пацієнтів; 3) розвиток диверсифікованих медичних сценаріїв. В найближчі десять років цифрові технології будуть глибоко інтегровані у медичну допомогу і забезпечать підтримку для прийняття рішень медичним персоналом щодо діагностики та лікування [2].

Список використаних джерел

1. Утюж І. Г., Кабаков А. О. Вплив індивідуалізованої медицини на практику прийняття управлінських рішень. Збірник матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (24-25 лютого 2022 року). Запоріжжя : ЗДМУ, 2022. С. 27-29.

2. Нікітенко В. О., Воронкова В. Г., Олексенко Р. І. Медицина майбутнього у контексті філософського осмислення. Збірник матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (24-25 лютого 2022 року). Запоріжжя : ЗДМУ, 2022. С.231-234.

## СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ В МЕДИЧНІЙ СФЕРІ

*Павленко Нателла Валеріївна,  
кандидат філософських наук,  
викладач кафедри суспільних дисциплін  
Запорізького державного медичного університету*

Такі тренди як автоматизація, технізація та діджиталізація, що скеровують сьогодні розвиток абсолютно усіх сфер людської діяльності призвели до появи певних логічних тенденцій у сучасній медицині, а саме: актуалізація превентивної медицини, подальший розвиток медицини 4 Р, робота з ДНК-чіпами, роботами, біопринтерами, наносенсорами, електронними таблетками, використання штучного інтелекту у медичній сфері, наголос на створенні персональних ліків, інтернет-медицина або роботизована медицина, молекулярна медицина, генна інженерія тощо. А ті виклики, з якими людство зіткнулось, мова йде про епідемію коронавірусу, війну, стали каталізатором зближення з технологіями і за короткий проміжок часу докорінно змінили наше життя. Такі зміни вимагають від медичної спільноти нового осмислення свого поля діяльності та вирішення низки нагальних питань у системі охорони здоров'я, що визначить подальший вектор розвитку медицини на найближчі десятиліття [2].

Важливими є питання: по-перше, коли ми зможемо створювати штучно нові органи, друкувати тканини на біопринтері, зупиняти чи, принаймні, уповільнювати процеси старіння, знищувати ракові клітини тощо. По-друге, які негативні і позитивні наслідки від нових можливостей ми отримаємо, як це вплине на саму Людину, як високодуховне створіння.

Говорячи про медицину і сферу охорони здоров'я, вже сьогодні з'являються нові професії (біоетик, архітектор медобладнання, мережевий лікар тощо), а деякі, відповідно, зникають. З чим ми можемо мати справу в найближчому майбутньому: чи то безробіття, нові кризи, збільшення прірви між бідними і багатими (як в середині однієї країни, так і між країнами), чи то навпаки, розвиток в галузі освіти, звільнення людини від тяжкої фізичної праці, вдосконалення процесів відтворення суспільства в цілому. Саме тому необхідно ретельно вивчати всі аспекти таких змін, які мають одну мету - збереження найціннішого – життя людини, а сьогодні можемо додати – забезпечення якісного життя людини.

Варто зазначити, що в умовах вищевказаних змін життєво необхідним є усвідомлення того аспекту, що треба підвищувати рівень освіти не тільки лікарів, але й пацієнтів, які будуть вимушені

і повинні вміти проводити ранню діагностику та лікування. Це геть не спрощує задачу щодо безболісного впровадження змін, які є неминучими, у медичну систему. Однією з перепон є велика кількість медичної інформації в загальному доступі, і, не завжди вона є легітимною, а та, що є такою, може сприйматись не підготовленою людиною не завжди адекватно. Необхідно задіяти досить багато суспільних інститутів, в тому рахунку і систему медичної освіти, для всебічної підготовки пересічного громадянина для таких змін, що будуть потребувати з його боку прийняття самостійних рішень та виконання активних дій, направлених на збереження свого здоров'я і життя та своїх близьких.

Не варто списувати з рахунків такі важливі питання медичної сфери як тіньова медицина, корупційні аспекти, що викликані комерційною складовою, криміналізація медичної сфери. Тому тут завжди буде існувати протистояння: з одного боку – ефективне лікування і турбота про пацієнта, а з іншого – питання прибутків. Це також є важливою і важкою проблемою для вирішення. Враховуючи всі очевидні привілеї і привабливі моменти для виробників медичних послуг і товарів, все ж, людська безпека, здоров'я і життя людини, суспільства в цілому повинні бути тією метою, задля якої і існує інститут медицини. Варто зазначити, що всі ці корумповані аспекти стали можливими як компенсація неефективного функціонування держави та громадянського суспільства.

Сьогодні науковці зазначають, що медична сфера роботизується вкрай швидко і в глобальному масштабі. В першу чергу це буде стосуватися сфери догляду та піклування [1]. В Україні не так багато робототехніків цікавляться саме медичною сферою, здебільшого оригінальні проекти можна знайти у військовій, промисловій та аграрній галузях, але це вже питання наступних досліджень.

Нажаль ці протиріччя, про які зазначається вище, їх вирішення, ще більше загострюються діджиталізацією та роботизацією, і потребують для їх вирішення неймовірних зусиль, професіоналізму та слідування гуманістичним принципам, а не актуальним сьогодні принципам антигуманної гонки за прибутками.

Список використаних джерел

1. Семенченко М. Віртуальна реальність та роботи — уже в лікарняних палатах. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://biggggidea.com/practices/yak-novi-tehnologi-zminyati-meditsinu-majbutnogo/>

2. Утюж І.Г., Спиця Н.В. Медицина та філософія: методологічний синтез реалізації нової парадигми «4Р» // Збірник матеріалів I Всеукраїнської науково-практичної конференції «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (20-21 лютого 2020 року). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2020. – С. 7-9.

## СУЧАСНИЙ ЛІКАР ТА/АБО ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ

*Пацера Марина Вікторівна,  
к.мед.н, доцент кафедри пропедевтики дитячих хвороб ЗДМУ  
Стець Вікторія Романівна,  
бакалавр з психології*

Підготовка спеціалістів медицини в сучасному суспільстві займає близько 5–9 років, а спроможність працювати на високому професійному рівні, – це взагалі процес тривалий, який потребує від здобувача освіти багато зусиль, часу і постійного самовдосконалення. Виникає питання щодо реалізації людини як такої, відповідність її особливостей характеру до обраної професії. Яким повинен бути здобувач освіти, щоб опанувати професію, навчитися ефективно засвоювати нові знання, навички, уміння [3, с. 67]. Звичайно, існують бажані особистісні характеристики майбутнього лікаря, такі як, достатній рівень інтелекту і гуманності, вмотивованість, креативність, самоорганізація, емпатія. Як забезпечити відповідність до своєї спеціальності, як бути фахівцем затребуваним, конкурентоспроможним і захистити себе в майбутньому від «вимивання» з професії? Дійсно, в сучасних умовах дистанційного навчання у вишу підготувати фахівця і передати йому досвід – процес надскладний, займає більше часу і має як недоліки, так і переваги. В опануванні знаннями допомагають мережа Інтернет, штучний інтелект, а процес занять потребує від студентів самоорганізації, комунікативності та креативності.

Самоорганізація – це уміння людини організувати діяльність для найповнішої реалізації свого творчого потенціалу за умов відповідної ситуації. Тобто вміння налаштуватися на діяльність і підтримувати працездатний стан протягом тривалого часу з застосування вольових зусиль. Це важливе вміння людини, яке є фундаментом відповідальності, амбіцій, знань та якостей

успішної людини, яка зможе правильно організувати своє життя і стати фахівцем високого гатунку. Важливим є і така характеристика, як комунікативність. Комунікативна людина за допомогою своїх знань, умінь і навичок вміє легко і ефективно встановлювати і підтримувати необхідні контакти з іншими партнерами як в професійному житті, так і в повсякденні.

Чи може розвиток високих інформаційних технологій загрожувати існуванню професії лікаря? Експерти зі штучного інтелекту попереджають, що через 10-15 років комп'ютерні технології залишать без роботи мільйони людей, тому що високі технології вже сьогодні справляються з деякими завданнями швидше і краще за людей, тому це є ризиком витіснення людини з багатьох професій. Дійсно, в медицині можливо діагностувати захворювання і проводити оперативні втручання за допомогою штучного інтелекту. Так, в центрі Memorial Sloan-Kettering впровадили систему автоматичної медичної діагностики з допомогою суперкомп'ютера Watson, хірурги-роботи вже проводять операції. У медичному центрі UCSF за допомогою електронного рецепта від лікаря робот може відважити потрібні дози медикаментів і видати їх пацієнту. Медицина впевнено крокує в бік збільшення рівня технічного оснащення, але повинен зростати і рівень гуманності. Психосоматичні захворювання, зміни в емоційній сфері людини завжди будуть актуальними і вимагатимуть таких спеціалістів як психолог, фізіотерапевт, ерготерапевт, психіатр [1, с. 57].

На думку фізика Мічіо Кайку «жоден високорозвинений штучний інтелект не в змозі повністю замінити людину. У людей насправді набагато більше переваг перед машинами, ніж ми собі можемо уявити. У роботів відсутні образне мислення, креативність, ініціатива». Так, креативність – це здатність людини створювати принципово нові ідеї, мислити оригінально і нетрадиційно, мати спроможність комплексного розв'язання конкретної проблеми. І роботи можуть лише повторювати дії людини, прораховувати, копіювати, але не спроможні на творчість. Тому вчений радить людині для досягнення успіху розвивати ті здібності, які не доступні роботам, а це креативність, уяву, ініціативу, лідерські якості [2, с. 52].

Таким чином, щоб мати високий когнітивно-креативний потенціал у своїй професії, бути конкурентоспроможним фахівцем тривалий час, обирати штучний інтелект як помічника, а не бачити в ньому лише конкурента, необхідно знайти своє призначення, мати міцну теоретичну базу знань та практичних навичок, достатніх для успішного виконання своїх професійних обов'язків за обраною спеціальністю. Це і буде гарантією особистісної реалізації і надалі буде спонукати до подальшого вдосконалення своїх здібностей в професійній діяльності.

Список використаних джерел

1. Заїка В., Клевака Л. Психологічні особливості динаміки переживання, подолання та особистісної трансформації людини в умовах життєвої кризи. *Humanitarium. Psychology*. 2020. 4 (1). С. 51-58.
2. Мічіо Кайку. Фізика майбутнього. Переклала з англ. Анжела Кам'янець. Львів: Літопис. 2013. 432 с.
3. Путіловська Н.Б. Життя і творчість Григорія Сковороди як феномен української культури епохи просвітництва. *Молодий вчений*. 2017. 4.2(44.2). С. 65-69.

## **ВИКОРИСТАННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ І КОМУНІКАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ОРГАНІЗАЦІЯХ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ**

*Слюсарь Микита Юрійович,  
аспірант спеціальності 073 «Менеджмент»  
кафедри управління та адміністрування,  
Воронкова Валентина Григорівна,  
д. філос. н., професор,  
в.о. зав. кафедри управління та адміністрування,  
Інженерний навчально-науковий інститут ім.Ю.М.Потебні  
Запорізького національного університету*

Зростаюче старіння населення в усьому світі має унікальний вплив на надання медичних послуг і в останні роки стимулювало потребу в інноваційних технологіях, які підтримують здоров'я. Поточний стан технологій охорони здоров'я базується на електронних медичних записках (EMR), які зазвичай використовуються сьогодні, і зосереджується на соціальних мережах, мобільних додатках, аналізі даних і технологіях хмарних обчислень (SMAC) (включно з телемедичною допомогою, віддаленим моніторингом і покращеним зв'язком). Завдяки цим технологіям споживачі можуть отримати доступ до власних даних про здоров'я, зрозуміти стан свого здоров'я та керувати безперервним медичним обслуговуванням і доглядом за межами традиційного медичного середовища.



У найближчі п'ять-десять років споживачі й далі переходитимуть від медичної моделі, орієнтованої на подію, до безперервного медичного процесу, опосередкованого технологіями. Технології (включаючи додаткові послуги та цифрові рівні) замінять особистий контакт як основний засіб надання медичної допомоги, автоматизуючи деякі ключові аспекти управління медичною допомогою. Потім такі послуги поєднуюватимуться з медичним менеджментом на місці. Ця модель профілактики базуватиметься на таких технологіях, як датчики, передовий Інтернет речей (IoT), штучний інтелект (AI), доповнена та віртуальна реальність (AR/VR), блокчейн, інші цифрові рішення для охорони здоров'я. Інтернет речей у поєднанні з датчиками та переносними пристроями стане важливою частиною моделі надання медичної допомоги та створить «розумне» середовище, яке відстежуватиме стан здоров'я пацієнтів, початок і прогресування захворювання.

AI автоматично попереджає медичних працівників, перш ніж виникнуть серйозні або небезпечні для життя проблеми. Якщо потрібне будь-яке втручання, медичне обслуговування вічна-віч може надаватися на вимогу та управлятися за допомогою гібридної моделі догляду та/або технологічних послуг. Хоча в останні роки спостерігався поштовх до впровадження цифрових технологій охорони здоров'я, він значною мірою покладався на підтримку та фінансування зацікавлених сторін у сфері охорони здоров'я (уряди, регулятори, страховики, інвестори та самі споживачі). Взаємодія між цими гравцями відрізняється від країни до країни, головним чином через різні правила та пріоритети. Однак, оскільки населення планети швидко старіє, кожна країна матиме спільний інтерес у сприянні активним і здоровим суспільствам. Тому вкрай важливо, щоб міжнародні партнери зібралися та розробили глобальну дорожню карту для розвитку цифрового здоров'я для підтримки хорошого життя та здоров'я громадян.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає eHealth як використання інформаційних і комунікаційних технологій для зміцнення здоров'я. Цифрова охорона здоров'я включає електронну охорону здоров'я, мобільну охорону здоров'я та телемедицину, широке використання цифрових технологій для охорони здоров'я та пов'язаних зі здоров'ям цілей як у медичних установах, так і поза ними. IoT дозволяє працівникам лікарень і клінік все більше використовувати різні цифрові пристрої. Електронні медичні записи (EHR) змінили та спростили лікування багатьох типів пацієнтів. Зростає кількість оцифрованих даних про лікування пацієнтів. Зважаючи на поширення пристроїв, ІКТ можуть стати ключовою частиною стратегій лікування та профілактики.

Наприклад, пристрої, що носяться, і фітнес-пристрої тепер можуть відігравати ключову роль у моніторингу та профілактиці. ІТУ визнає важливість надійних бездротових рішень для цифрових медичних послуг, особливо в районах без проводового/оптоволоконного підключення. ІТУ проводить велику роботу в галузі цифрової охорони здоров'я, включаючи кілька стандартів електронної охорони здоров'я, набори інструментів політики та практичні польові проекти. Цифрові системи охорони здоров'я мають потенціал кардинально змінити охорону здоров'я та надати пацієнтам, постачальникам медичних послуг та адміністраторам, а також політикам інформацію та інструменти, необхідні для управління та зміцнення систем охорони здоров'я, надання кращої медичної допомоги та підвищення рівня лікування. Цифрові системи охорони здоров'я можуть розширити доступ до якісної медичної допомоги та покращити профілактику та результати пацієнтів, у тому числі для тих, хто має хронічні захворювання, такі як неінфекційні захворювання.

Цифрове здоров'я пропонує важливі переваги та можливості для: удосконалення громадського здоров'я та закладів охорони здоров'я, таких як ті, що пов'язані з лікарняними процедурами, електронними медичними записами та інформацією про здоров'я. Доступ до якісної медичної допомоги можна покращити завдяки швидкому обміну інформацією та даними між постачальниками та фахівцями в закладах охорони здоров'я.

Спеціалізовані пристрої (датчики, монітори, годинники та мобільні телефони) для моніторингу та зворотного зв'язку мобільні телефони вже використовуються для отримання дистанційних ультразвукових зображень каменів у нирках або вагітності. Медичні програми також швидко розвиваються:

- 1) Покращення та точніший аналіз і прогнозування наборів медичних даних за допомогою штучного інтелекту, великих даних або моделювання з використанням віртуальної реальності.

- 2) Завдяки обчисленням на межі дані з пристроїв і датчиків можна агрегувати для візуалізації, діагностики та аналізу даних.

- 3) Використання цифрових технологій охорони здоров'я дає змогу ряду телемедичних або супутникових медичних клінік використовувати ці технології для дистанційної діагностики та телемедицини.

4) Можливість записувати дані на місці надання медичної допомоги, знімати зображення для аналізу за допомогою штучного інтелекту або аналізувати їх віддаленими експертами поза межами точки надання медичної допомоги, що збільшує можливості надання універсальної медичної допомоги (УНС) для охорони здоров'я.

Дані охорони здоров'я також можна використовувати для надання цільової профілактичної допомоги суспільству. Уряди все більше визнають можливості для цифрової охорони здоров'я – за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, станом на середину 2018 року близько 120 країн мали стратегії у сфері цифрової охорони здоров'я, телемедицини та електронної охорони здоров'я. Лікарні - це дуже складні заклади, які поєднують складні медичні знання та досвід із розширеними процедурами медсестринства. Великі лікарні, як правило, формують власні екосистеми і навколо них є ще один повний набір функцій і компаній (таких як візуалізація, лабораторні функції, аналіз, лікування та будинки догляду). Організації охорони здоров'я можуть зробити значні інвестиції в цифрову охорону здоров'я, але переваги можуть бути не повністю реалізовані, якщо не адаптувати інші системи та процеси. Проте з можливостями оцифрування охорони здоров'я також виникають важливі компроміси щодо конфіденційності даних пацієнтів. Поєднання аналізу ДНК і генома означає, що можна визначити біологічну вразливість певних популяцій, і тепер можна передбачити майбутній стан здоров'я громади чи країни на основі поточної медичної та генетичної інформації та записів. Регулювання даних і пристроїв стає все більш важливим. Наприклад, у звіті Комісії ООН з широкого зв'язку визнають принаймні різні типи цифрових правил охорони здоров'я. Існують також етичні питання щодо використання медичних технологій. Сьогодні лікарі та медсестри регулярно навчаються емпатії та тому, як супроводжувати пацієнтів та їхні родини під час медичної подорожі. ITU-R сприяє розвитку технологій бездротового зв'язку та радіомовлення, формулюючи рекомендації, звіти, пов'язані з людьми з обмеженими можливостями, щоб покращити середовище доступності для людей з обмеженими можливостями та зменшити цифровий розрив у сфері інвалідності. Фокус-група AI for Health нещодавно створила нову спеціальну групу з використання цифрових технологій для надзвичайної ситуації з COVID-19. Спеціальна група розглянула роль штучного інтелекту та інших цифрових технологій у боротьбі з COVID-19 протягом усього життєвого циклу спалаху, щоб зрозуміти, як найкраще використовувати цифрові технології для успішного управління майбутніми надзвичайними ситуаціями. Метою ініціативи є: допомогти країнам стабільно впроваджувати та розширювати проекти mHealth; розробляти ефективний контент; налагоджувати значущі партнерства на глобальному та національному рівнях для багатогалузевих та екосистемних підходів; досліджувати та розширювати інновації; ділитися знаннями; нарощувати національний потенціал для інновацій.

#### Список використаних джерел

1. Утюж І. Г., Кабаков А. О. Вплив індивідуалізованої медицини на практику прийняття управлінських рішень. Збірник матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (24-25 лютого 2022 року). Запоріжжя : ЗДМУ, 2022. С. 27-29.

2. Нікітенко В. О., Воронкова В. Г., Олексенко Р. І. Медицина майбутнього у контексті філософського осмислення. Збірник матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (24-25 лютого 2022 року). Запоріжжя : ЗДМУ, 2022. С.231-234.

## РОЗДУМИ ПРО МАЙБУТНЄ МЕДИЦИНИ

*Тіткова Олександра Юріївна  
аспірант кафедри офтальмології ЗДМУ,  
науковий керівник – д.ф.н., професор  
зав. кафедри суспільних дисциплін Утюж І.Г.*

Стрімкий прогрес біомедичної науки, з одного боку, відкрив нові горизонти людських можливостей з питань полегшення страждань людини, підвищення якості та тривалості її життя, з іншого боку, зумовив необхідність постановки та вирішення нових проблем, що виникли на кордоні біології, медицини та філософії – проблем, насамперед, етико-аксіологічних. Виникає необхідність в етичній оцінці діяльності людини у сфері, спрямованій на збереження життя та зміцнення здоров'я.

У численних образах майбутнього завдання розвитку особистості спрямовані на глибоке усвідомлення та реалізацію того, що здоров'я – це найважливіша цінність, фундамент соціального

благополуччя та щастя, а активне довголітнє життя без хронічних захворювань та особистісних страждань – можливе. Безумовно, здоров'я та потенціал людини є найважливішим ресурсом соціальної, культурної, економічної та політичної діяльності. Охорона здоров'я важлива в будь-якому віці, є запорукою збільшення тривалості та підвищення якості життя громадян України. Однак охороні здоров'я майбутнього необхідно організувати нову систему управління здоров'ям за допомогою зовнішніх керуючих впливів, при якій мільйони людей можуть відчути радість буття, порятунк від негативних якостей, відкрити для себе щастя творчого життя, активувати внутрішні ресурси та зовнішні можливості для індивідуальної та колективної творчості.

Сучасна медицина – консервативна, вона використовує традиційні, що склалися історично, технології терапії та хірургії. Технологічні міждисциплінарні прориви в науці визначають необхідність вирішення питань діагностики, профілактики та лікування хвороб з урахуванням індивідуальних особливостей та з використанням нових наукових підходів. Здійснюються – прочитання гена, терапевтичні маніпуляції на рівні клітин та окремих молекул (молекулярних мішеней), комп'ютерна діагностика та моделювання, мікроелектроніка, фармакологічні та біологічні технології, конвергенція технологій. Важливим аспектом філософського аналізу сучасної медицини є наявність розриву між «нормами» і «практикою», і який сьогодні пробив уже катастрофічні масштаби. Це закликає до глибокого етичного та соціально-філософського опрацювання нормативної бази сучасної медицини, її лікарського етичного кодексу.

Таким чином, доцільно формувати і реалізовувати практичні, організаційно-методичні рекомендації, що будуть удосконалювати концепцію «Цифровізації охорони здоров'я України» і створювати простір освіти для пацієнта, вчити людину розуміти своє здоров'я, жити із своїми хронічними проблемами якісно і щасливо, а це зовсім новий соціальний простір «суспільства ремесла»

## **ЦИФРОВА КРАЇНА В МЕДИЦИНІ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ: ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ**

*Утюж Ірина Геннадіївна,  
д.філос.н., професор,  
завідувач кафедри суспільних дисциплін,  
Попазова Олена Олександрівна,  
асистент кафедри гістології, цитології та ембріології,  
Макєєва Людмила Валер'ївна,  
асистент кафедри гістології, цитології та ембріології,  
Алієва Олена Геннадіївна, доцент,  
Громоковська Тетяна Сергіївна,  
асистент кафедри гістології, цитології та ембріології,  
Потоцька Олена Іванівна, доцент,  
Запорізький державний медичний університет*

Цифровізація вже давно охопила світ, більшість документів та справ, можна знайти та зробити в інтернеті. Останнім часом це набирає оберти та в Україні. Адже Україна – перша країна у світі, що запустила цифрові паспорти та законодавчо прирівняла їх до звичайних документів. Це впровадило режим «без паперу», відхід від деякої бюрократії, отримати довідки, оплатити комуналку, отримати направлення до лікаря також можна зробити в декілька кліків, що не просто важлива подія в історії сучасної України, а великий прорив. Звісно система ще недосконала.

Цифрової трансформації не оминула важливу складову кожної країни – це систему охорону здоров'я (eHealth). Наразі, в Україні відбувається впровадження електронних лікарняних, рецептів, створюються електронний документообіг, медичні картки з інформацією про пацієнта, використовують чат-боти та інші сервіси для спілкування з пацієнтами. Крім того дуже зручна система, що можливо записатись та взяти електронний талон в електронній програмі eHealth, а не їхати спеціально до лікарні тільки для цього питання. Сама ідея становить дуже. В цій же програмі можна дізнатись коли та як ти звертався до лікаря, це своєрідна медична картка, яку дуже люблять губити в реєстратурі. Також в умовах війни дуже багато переміщених осіб, які вимушені були покинути свої домівки, та люди, які втратили житло, то в них не збереглась ця інформація, а вона може допомогти не тільки їм особисто, а ще і лікарям, щоб дивитись загальну картину, правильно назначати ліки, звертати увагу на захворювання. Ще важливий аспект, це коли чоловіки приходячи до військомату можуть надати, що справді вони проходили лікування, що в них ті чи інші проблеми.

Теоретично дуже зручно, коли можна знайти інформацію у вільному доступі для пацієнта, але є нюанси та складнощі для лікарів, які ще потребують вдосконалень. Кожен лікар повинен мати вільний доступ до цього, а це означає мати персональним комп'ютер, який повинен бути досить сучасними, щоб підтримувати всі необхідні програми. Потрібен час, щоб протестувати ці програми, вони не зависали. Бажано, щоб була в штаті людина, яка допомагала розбиратись, як та що влаштовано в різних програмах. Крім того не для всіх лікарів, наприклад більш старшого покоління, то їм бажано надати курси, як користуватись програмами. Інша проблема, що кількість лікарів наразі не дуже висока, а вносити інформацію та спілкуватись з пацієнтом може не вистачати часу, так як на те, щоб внести данні, треба витратити час, якого не так багато, тим паче від паперових карток система також ще не пішла, тобто треба дублювати роботу. Тому лікар отримує все більше обов'язків та менше часу на їх виконання. Проте отримання рецептів на ліки відбувається одразу в системі, людина не загубить направлення, придбає необхідні речовини та у вірній кількості, а для людей з психічними розладами, котрі отримують рецепти за кольорами, спеціальні речовини, то зараз вони більше контрольовані стають, раніше були випадки, коли їх використовували, як наркотичні засоби не за призначення.

Система лікарняних також зазнала трансформацію та зараз все в електронному режимі. На початку використання їх, були проблеми з їх наданням, система погано працювала та могла зависнути, а отримати можна тільки в день, коли звертаєшся до лікаря. Це великий крок у майбутнє, так як таким чином, відбувається протидія корупції, неможливо виписати електронний лікарняний заднім числом, паперові вже недійсні, та з моменту відкриття одразу відображається в реєстрі ця інформація, не потрібно брати довідки спеціальні чи нести паперові варіанти, відділ кадрів одразу отримує цю інформацію.

Звісно система створення медицини онлайн зараз тільки почала набирати обертів та розвиватись, ще потребує вдосконалень, а в умовах війни це робити ще важче, коли немає світла, інформація може не зберігатись, не завантажуватись. Повністю перейти на цифровізовану медицину досить складно, адже не в усіх літніх людей є гаджети та їм є кому допомогти, як їм користуватись.

## **ВПЛИВ ЦИФРОВОЇ МЕДИЦИНИ НА РОЗВИТОК ЦИФРОВОЇ ЕКОНОМІКИ**

*Череп Алла Василівна,  
доктор економічних наук, професор,  
декан економічного факультету,  
Запорізький національний університет,  
Воронкова Валентина Григорівна, д. філос. н., професор,  
в.о. зав. кафедри управління та адміністрування,  
Інженерний навчально-науковий інститут ім.Ю.М.Потебні  
Запорізького національного університету,  
Череп Олександр Григорович,  
доктор економічних наук, професор,  
професор кафедри управління персоналом і маркетингу,  
Запорізький національний університет*

Спалах епідемії коронарної пневмонії приніс величезні можливості та виклики для галузі медицини та охорони здоров'я. У процесі боротьби з епідемією галузь медицини та охорони здоров'я, на яку впливають цифрові технології, як Інтернет та штучний інтелект, продемонструвала безпрецедентну силу. Зараз світова охорона здоров'я переживає глибоку цифрову революцію. Серед них важливу роль у запобіганні епідемії та контролі над нею зіграло «друге поле бою» для боротьби з епідемією, відкрите за допомогою Інтернет-медичної допомоги. Комунікаційні та інформаційні технології відіграють важливу роль у профілактиці та контролі епідемії нової корони. Застосування аналізу великих медичних даних, застосування системи діагностики штучного інтелекту та технології 5G забезпечують ефективну основу для створення Інтернет-платформи діагностики та лікування. Цифровізація спричинила тиск на високоякісні медичні ресурси, розвиток технології 5G успішно поєднав медичні послуги з обладнанням для автоматизації штучного інтелекту, створив дистанційні канали, віртуалізував обладнання та послуги, зробив послуги більш зручними та швидкими для обслуговування літніх людей.

Незалежно від того, чи це медичне обслуговування в Інтернеті, чи розумне медичне обслуговування, воно відкриває кращі можливості для розвитку. Нова епідемія коронарної

пневмонії є великим випробуванням для цифрового суспільства, яке підкреслює переваги цифрової економіки та каталізує прискорений розвиток цифрової економіки. У процесі розвитку цифрової медицини з'явилася велика кількість нових бізнес-форм і нових моделей. «One code pass» – це мікрокосм процесу побудови цифрового здоров'я. Галузь зміцнює систему для просування уніфікованих стандартів, фактично уникаючи великої кількості карток. Нова епідемія корони сприяла поєднанню Інтернету та медицини.

Технологічна революція продовжує заповнювати технологічні прогалини та посилювати будівництво нової інфраструктури, щоб реалізувати хорошу взаємодію та двостороннє розширення можливостей промислової цифровізації та цифрової індустріалізації та відкрити більш широкий простір для економічного зростання. Ця епідемія підштовхне цифрову економіку на новий рівень. Слід приділяти більше уваги якісним медичним послугам і розвитку, покладаючись на всюдишні мобільні термінали та сучасні інформаційні технології. Ключовим словом є "розумний обмін". Датчик використовує цифрову технологію для збору даних з нашого тіла без зондування, щоб краще кількісно оцінювати та аналізувати здоров'я. З іншого боку, просування додатків «Інтернет + медичне будівництво» зробило обмін високоякісними медичними ресурсами більш ефективним, а якісні медичні ресурси стали більш доступними [1].

Розвиток «цифрового здоров'я» призвів до «керованих даними, високоякісних, ефективних і інклюзивних» змін. У постепідемічний період із розширенням попиту населення на якісні медичні послуги змінилися звички користувачів, поступово вдосконалюється система медичного та комерційного страхування. Повне цифрове здоров'я проникло в усі сфери медичної промисловості. Швидко розрізняючи шляхи лікування для населення, послуги можна отримати швидше та ефективніше. Епоха після епідемії є критичною епохою для розвитку цифрової охорони здоров'я. Цифрове здоров'я насправді є розширенням можливостей традиційної медичної допомоги. Наприклад, під час епідемії завдяки онлайн-консультаціям, популяризації епідемічної науки, психологічній допомозі та дистанційним консультаціям захворювання серед натовпу було зменшено. З точки зору соціального та економічного розвитку, створення цифрових платформ охорони здоров'я ефективно знизило граничні витрати на будівництво платформи. Цифрова охорона здоров'я стала попитом в епоху після епідемії. У постепідемічний період люди все ще стикаються з такими проблемами, як відносно недостатнє забезпечення медичними ресурсами, нерівномірний розподіл якісних медичних ресурсів, недосконала система медичного обслуговування та низька якість медичних послуг.

Постійне використання цифрових технологій для розширення можливостей медичних послуг, служб охорони здоров'я, постачання ліків, медичної безпеки та охорони здоров'я, управління охороною здоров'я значно підвищить інклюзивність, спільне використання та справедливість послуг охорони здоров'я. Цифрове здоров'я пов'язане не лише зі здоров'ям людей, а й з економічним розвитком і навіть стало важливою частиною всебічної конкурентоспроможності країни в епоху цифрової економіки. Цифрове здоров'я стає найширшим напрямом в епоху індустріального Інтернету з ринковим простором. Щоб скористатися великою можливістю цифрового розвитку охорони здоров'я, збільшити промислові стимули та технологічні інновації, посилити почуття безпеки, відчуття вигоди у сфері медицини та охорони здоров'я, усі організації повинні співпрацювати разом, щоб задовольнити потреби. Зростаючі потреби медичних закладів вимагають більше інвестицій у цифрові технології та дані. Сектор охорони здоров'я зазнає прискорених змін завдяки визнанню всіма зацікавленими сторонами перспектив цифрової трансформації в охороні здоров'я. Щоб продовжувати надавати необхідну медичну допомогу, люди більшою мірою покладаються на оцифровку та підключення.

Організації охорони здоров'я продовжують стикатися з проблемами ресурсів. Оцифровка – це запровадження цифрових інструментів для підтримки надання медичної допомоги має підтримуватися всіма зацікавленими сторонами, від клінічного персоналу та пацієнтів до лікарень. Щоб отримати користь від змін, усі зацікавлені сторони та промисловість повинні продовжувати розвиватися разом, задовольняючи потреби громадського здоров'я. Це особливо важливо, коли мова йде про нове використання та нормативні питання кібербезпеки або даних високого ризику в охороні здоров'я. Цифрові технології підтримують розвиток збору даних, доступу, обробки та цінності: на рівні людини, практики (включно з пацієнтами) та глобального рівня (великі дані, штучний інтелект).

Циркуляція та обмін даними повинні сприяти отриманню нових знань, кращій профілактиці та індивідуальному лікуванню. Якість даних, добре керований потік даних і цінність використання є критично важливими, тому дані можна використовувати для підвищення цінності підключених

продуктів охорони здоров'я, ефективно впроваджувати та енергійно сприяти здоровому розвитку цифрової економіки країни. Сприяння здоровому розвитку цифрової економіки є важливим стратегічним рішенням, зосередженим на змінах основних протиріч у нашому суспільстві, сприянні реалізації високоякісного розвитку, важливою опорою для побудови нової моделі цифрового розвитку.

Побудова нової моделі розвитку цифрової медицини – це перший крок, який відповідає законам розвитку великих країн і захоплює ініціативу майбутнього розвитку. Цифрова економіка є важливою підтримкою для ефективного розвитку економічного циклу, активізації імпульсу підвищення економічної стійкості. Дані стали важливим фактором продуктивності та ключовим фактором виробництва, глибоко проникли в усі ланки цифрового виробництва, розподілу, обміну та споживання.

Цифрова економіка допомагає підвищити стійкість економіки, сприяє перетворенню методів соціальної організації на ефективну цифрову платформу, розширює кордони галузей та організацій, покращує рівень співпраці між підприємствами, адаптивність промислових ланцюгів поставок. Розвиток цифрової економіки є важливим двигуном побудови сучасної економічної системи. Цифрова економіка має високий рівень інновацій, сильне проникнення та широке охоплення, може ефективно керувати побудовою сучасної економічної системи та сприяти високоякісному економічному розвитку. Нове покоління інновацій в області інформаційних технологій є активним, ключові галузі цифрової економіки, такі як великі дані, Інтернет речей і штучний інтелект, мають потужні інноваційні можливості, великий потенціал зростання та хороші комплексні переваги.

Рушійна сила економічного розвитку перейшла від основної залежності – від ресурсів і недорогої робочої сили до інновацій. Цифрові технології підривають традиційний режим економіки. Нові технології, такі як 5G, штучний інтелект і блокчейн, дають змогу тисячам галузей промисловості, сприяють цифровому розвитку традиційних галузей, таких як сільське господарство, енергетика, будівництво та сфери послуг, і ведуть галузь до того, щоб стати нефективною [2].

Побудова цифрового уряду, розумного міста та цифрового села сприяє трансформації державних послуг і методів управління та розвитку цифрової медицини. З безперервним поглибленням «єдиної мережевої послуги» та «єдиного мережевого управління» державні послуги стають більш зручними, бізнес-середовище постійно оптимізується та сприяє побудові єдиного, відкритого та конкурентного середовища. Такі розвинені економіки, як Сполучені Штати, Західна Європа та Японія, активно застосовують сучасні інформаційні технології в традиційних галузях промисловості, в яких швидко розвивається процес цифровізації промисловості, що робить аналіз даних основною підтримкою для ведення різних видів цифрового бізнесу.

#### Список використаних джерел

1. Утюж І. Г., Кабаков А. О. Вплив індивідуалізованої медицини на практику прийняття управлінських рішень. Збірник матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (24-25 лютого 2022 року). Запоріжжя : ЗДМУ, 2022. С. 27-29.

2. Нікітенко В. О., Воронкова В. Г., Олексенко Р. І. Медицина майбутнього у контексті філософського осмислення. Збірник матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (24-25 лютого 2022 року). Запоріжжя : ЗДМУ, 2022. С.231-234.

Замовлення № 9640. Тираж 50 примірників  
Видавництво Запорізького державного медичного університету,  
м. Запоріжжя, пр.-т Маяковського, 26