



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ
МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**КАФЕДРА СУСПІЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН
КАФЕДРА ДИТЯЧИХ ХВОРОБ**

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

**У МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

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

28-29 ЛЮТОГО 2024 РОКУ



м. Запоріжжя

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**КАФЕДРА СУСПІЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН
КАФЕДРА ДИТЯЧИХ ХВОРОБ**

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
V МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ ТА ДЕОНТОЛОГІЧНІ
ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ
(НЕМЕДИЧНІ ПРОБЛЕМИ В МЕДИЦИНІ)»**

28-29 лютого 2024 року

м. Запоріжжя

УДК 614.253
С69

Редколегія:

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

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

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

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

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

Ю.О. Іріоглу – кандидат історичних наук, доцент кафедри суспільних дисциплін ЗДМФУ.

С-69 Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині): зб. матеріалів V Міжнародної науково-практичної конференції (28-29 лютого 2024 року). – Запоріжжя: ЗДМФУ, 2024. – 312 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 ПРОЕКТ XXI СТ.: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ

<i>Утюж І.Г., Спиця Н.В.</i> ФІЛОСОФСЬКО-НАУКОВА КУЛЬТУРА ДОСЛІДНИЦЬКОГО ПРОСТОРУ УНІВЕРСИТЕТУ: ЛЮДИНОВИМІРНІСТЬ СОЦІОБІОТЕХНОЛОГІЙ.....	13
<i>Моргунова С.А., Школова О.П., Дмитрієв В.С., Ганошенко Ю.А.</i> ДОТРИМАННЯ НОРМ АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ ЯК ОСНОВА ОСВІТНЬОЇ ПОЛІТИКИ ЗАПОРІЗЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ.....	17
<i>Моргунова С.А., Школова О.П., Дмитрієв В.С., Ганошенко Ю.А.</i> ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ СИСТЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ОСВІТИ У ЗАПОРІЗЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИКО- ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ.....	19
<i>Stegenga J.</i> THE DRUG WORKED FOR ME.....	20
<i>Vaigrie B.</i> TAKING THE MEASURE OF PUBLIC TRUST.....	21
<i>Пустовіт С.В.</i> СУЧАСНІ МОДЕЛІ ЗДОРОВ'Я В СОЦІОЛОГІЧНОМУ КОНТЕКСТІ.....	25
<i>Цимбал А.Ю., Білих В.М.</i> ОСТЕОПЕНІЯ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ – АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА СУСПІЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я СЬОГОДЕННЯ.....	26
<i>Бойко А.І.</i> СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКІ ВИКЛИКИ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ ВІЙНИ ТА НОВОЇ РЕАЛЬНОСТІ.....	28
<i>Сепетий Д.П.</i> ЛЮДВІК ФЛЕК: ВІД ІСТОРІЇ МЕДИЦИНИ ДО ФІЛОСОФІЇ НАУКИ	29
<i>Абашинік В.О.</i> ГЕОРГ КОРІТАРІ (1772–1810) ТА ФІЛОСОФІЯ МЕДИЦИНИ У ХАРКОВІ.....	30
<i>Петрова К.А.</i> БОРІТЬБА З ПИЯЦТВОМ НА ПІВДНІ УКРАЇНИ НАПРИКІНЦІ ХІХ – НА ПОЧАТКУ XX СТОЛІТТЯ: УСПІШНІ ПРАКТИКИ.....	31
<i>Герасімчук Т.С.</i> ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМА ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ОРГАНІЗМ ДИТИНИ.....	33
<i>Винокурова А.В.</i> ДІАГНОСТИКА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ: СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКИЙ АСПЕКТ.....	35
<i>Воронкова В.Г.</i> ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФІЛОСОФІЇ МЕДИЦИНИ ЯК ІНТЕЛЕКТУАЛЬНО-НАУКОВОГО ПРОЕКТУ ХХІ СТ.....	37
<i>Ганошенко Ю.А.</i> ТРАВМА БЕЗ ПОДОЛАННЯ: РОМАН У НОВЕЛАХ ПАВЛА ПАШТЕТА БЕЛЯНСЬКОГО «БАБУСЯ ВМИРАТИ НЕ ЛЮБИЛА» ЯК ХУДОЖНЯ ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ФІЛОСОФІЇ ТІЛЕСНОСТІ.....	39
<i>Грекова Т.А., Мельнікова О.В., Каджарян С.В., Тихоновська М.А.</i> ФІЛОСОФІЯ БАЛАНСУ МИСТЕЦТВА І НАУКИ В МЕДИЦИНІ.....	40
<i>Демченко О.В.</i> ОЗНАКИ ДЕОНТОЛОГІЇ, ПРИТАМАННІ МОРАЛЬНІЙ КОНФАБУЛЯЦІЇ.....	42
<i>Діденко Е.В.</i> ФІЛОСОФІЯ ПСИХОСОМАТИКИ: ВЗАЄМОДІЯ МІЖ ПСИХІКОЮ ТА ФІЗІОЛОГІЄЮ В КОНТЕКСТІ МЕДИЦИНИ.....	43

<i>Добридень О.В., Колдунов Я.В.</i> ДУХОВНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ЯК ФУНДАМЕНТАЛЬНА КОМПОНЕНТА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧОЇ КУЛЬТУРИ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ.....	45
<i>Дружкін М.В.</i> ПЕРЕТИН МЕЖ: ЕТИЧНІ ТА СОЦІАЛЬНІ РАМКИ КІБОРГІЗАЦІЇ ТА ГЕНЕТИЧНОГО ДИЗАЙНУ В СУЧАСНОМУ СВІТІ ТА УКРАЇНІ.....	46
<i>Іванькова Н.А.</i> ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ ЯК НОВА ПАРАДИГМА ОСВІТИ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ.....	47
<i>Коваленко В.А.</i> СУЧАСНІ МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ: МІЖ ПРОГРЕСОМ І ЕТИКОЮ.....	48
<i>Лісунов М.С.</i> ТРАНСГУМАНІЗМ ТА БІОЕТИКА – СОЦІОКУЛЬТУРНІ ПОГЛЯДИ НА ВДОСКОНАЛЕННЯ ЛЮДИНИ.....	49
<i>Лісунова Т.О.</i> ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В РАМКАХ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ МЕТОДОЛОГІЇ.....	51
<i>Моргунцов В.О.</i> ТРАНСГУМАНІЗМ ТА МОРАЛЬНЕ УДОСКОНАЛЕННЯ: ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ТА ВИКЛИКИ.....	53
<i>Недельська С.М., Лямцева О.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО СТАНУ ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ: ПОГЛЯД ДИТЯЧОГО АЛЕРГОЛОГА З ФІЛОСОФСЬКОЇ ПЕРСПЕКТИВИ.....	54
<i>Олексенко Р.І.</i> СТАНОВЛЕННЯ І РОЗВИТОК ФІЛОСОФІЇ ЦИФРОВОЇ МЕДИЦИНИ У КОНТЕКСТІ НОВИХ ВИКЛИКІВ І МОЖЛИВОСТЕЙ.....	55
<i>Поцулко О.А., Чабаненко М.Ю.</i> ПРОРИВ У МАЙБУТНЄ МЕДИЦИНИ ЧЕРЕЗ... ПИТАННЯ ФІЛОСОФІЇ	57
<i>Поцулко О.А., Опанасевич Т.С.</i> АПРІОРНІ ОСНОВИ АПОСТЕРІОРНИХ НАУК (НА ПРИКЛАДІ БІОЛОГІЇ, МЕДИЦИНИ ТА ЕКОНОМІКИ)	62
<i>Поцулко О.А.</i> МЕДИЦИНА 4П ЯК ФЕНОМЕН НАДІЇ	61
<i>Рижов О.А.</i> ІНТЕГРАЦІЯ ДОСВІДУ ЛІКАРЯ З СИСТЕМОЮ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ – ШЛЯХ ДО ФОРМУВАННЯ СУЧАСНОГО БРЕНДУ УНІВЕРСИТЕТУ.....	63
<i>Серіков К.В.</i> ЕТИЧНІ ТА ПРАВОВІ АСПЕКТИ СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАНІМАЦІЇ.....	65
<i>Спиця Н.В., Гула І. Д.</i> МЕДИЧНА АНТРОПОЛОГІЯ ЯК ОБОВ'ЯЗКОВА УМОВА ПОВНОЦІННОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНИХ РЕАЛІЯХ.....	68
<i>Утюж І.Г., Робота Д.В.</i> ФІЛОСОФСЬКІ ПРОБЛЕМИ ЛАБОРАТОРНОЇ МЕДИЦИНИ.....	69
<i>Шубін В.О.</i> СОВІСТЬ, ЯК ОСНОВА ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ.....	71
СЕКЦІЯ 2. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ БІОЕТИКИ	
<i>Томаревська О.С., Елланська Н.Г., Бондаренко О.М., Чивільова Л.М., Поляков О.А.</i> ІНКЛЮЗІЯ ЯК ПЕРСПЕКТИВА ГЕРОНТОЛОГІЧНОЇ ІНТЕГРАТИВНОСТІ СУСПІЛЬСТВА ПІД ЧАС ВІЙСЬКОВОГО ТА ПІСЛЯВОЄННОГО ВІДБУДОВУВАННЯ КРАЇНИ.....	72

<i>Feeney O.</i> ONE TECHNOLOGY: TWO ETHICAL PATHS: ETHICAL, GOVERNANCE & JUSTICE CHALLENGES IN HUMAN GENOME EDITING.....	76
<i>Strzadala A.</i> HUMAN REMAINS IN ACADEMIA AND MUSEUM. NEGOTIATING DIFFICULT PAST AND PRESENT.....	77
<i>Ureczky E.</i> EXPERIENCES WITH LEADING A HOSPITAL FILM CLUB IN HUNGARY, UZSOKIMOZI.....	77
<i>Golubovych I.</i> SIMON CRITCHLEY: 'THE BOOK OF DEAD PHILOSOPHERS' AND THE PHILOSOPHICAL DEFENCE OF THE RIGHT TO DIE (NEW CHALLENGES FOR BIOETHICS).....	78
<i>Хіміч С.Д., Дениско Т.В., Хіміч О.С., Рауцкіс В.П., Кривонос М.І.</i> НЕМЕДИЧНІ ПРОБЛЕМИ В ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОВЕДЕННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ НА ТВАРИНАХ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ.....	79
<i>Karpenko K.</i> ECOFEMINISM AND BIOETHICS.....	80
<i>Білокопитова Н., Ель Гуессаб К.</i> ПИТАННЯ БІОЕТИКИ СУЧАСНОГО АРАБО-МУСУЛЬМАНСЬКОГО СВІТУ.....	82
<i>Бойченко Н.М.</i> БІОЕТИКА У РЕАЛІЯХ ВІЙНИ.....	85
<i>Вініченко М.В.</i> СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ДОЛІКОВУВАННЯ ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ З НЕСПРИЯТЛИВИМИ НАСЛІДКАМИ ПОПЕРЕДНЬОГО ОРТОДОНТИЧНОГОЛІКУВАННЯ.....	86
<i>Волчихіна К.П., Стиця Н.В.</i> ЕТИКО-ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ РЕГЕНЕРАТИВНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ.....	87
<i>Ганчева О.В., Ісаченко М.І., Данукало М.В., Тимофіїв Д.В., Крашевський А.В.</i> ЕТИЧНІ ТА ПРАВОВІ ОСНОВИ ВИКОНАННЯ БІОМЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. МОРАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ПРОВЕДЕННЯ ЕКСПЕРИМЕНТІВ НА ТВАРИНАХ.....	91
<i>Губарь А.О.</i> АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ БІОЕТИКИ.....	93
<i>Давидова А.Г., Курочкін М.Ю., Капустін С.А.</i> ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА В ПЕДІАТРІЇ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.....	95
<i>Дмитряков В.О.</i> СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ТАРГЕТУВАННЯ ПРОЦЕСІВ ГЕТЕРОХРОНІЇ У ФОРМУВАННІ ТА МАНІФІСТАЦІЇ ВРОДЖЕНИХ ВАД У ДІТЕЙ.....	96
<i>Іванько О.Г.</i> ПРО ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК ЕМПАТІЇ В МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ.....	97
<i>Кравченко В.Ю., Котенко Н.А.</i> ІНФОРМОВАНА ЗГОДА ЯК НЕВІД'ЄМНИЙ ЕЛЕМЕНТ СУЧАСНОЇ БІОЕТИКИ.....	99
<i>Луценко Д.А.</i> ЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРАКТИК СУПРОВОДУ ЛІМІНАЛЬНИХ СТАНІВ.....	101
<i>Масік Н.П.</i> НЕМЕДИЧНІ ПРОБЛЕМИ ПРОВЕДЕННЯ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ НА ТВАРИНАХ.....	103
<i>Поцулко О.А.</i> ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КОНСТРУЮВАННЯ АТРАКТОРІВ «КОНСТРУЮВАННЯ ЛЮДИНИ» В БІОЕТИЦІ ТА ОСВІТІ.....	105
<i>Rina A.A.</i> ТРАВМА, ЗЦПЕННЯ, ІМУНІТЕТ: ВІД БІОПОЛІТИКИ ДО БІОЕТИКИ.....	108

<i>Рижкова С.Є.</i> ВИКОРИСТАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ/МЕДИЧНОГО ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ЗМІНИ ОСОБИСТОСТІ	109
<i>Чаплінський Р.О.</i> НОМО VIRTUALIS І БІОЕТИКА: ОСІ ПЕРЕТИНУ	109
СЕКЦІЯ 3. ЕКОЦИД ТА ЗЛОЧИНИ ПРОТИ ДОВКІЛЛЯ: БІОЛОГІЧНИЙ, МЕДИЧНИЙ ТА СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКИЙ АСПЕКТИ	
<i>Вітюк І.К.</i> ЕКОЦИД ЯК ТАКТИКА ГЕНОЦИДУ В УКРАЇНІ В ПЕРІОД РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ.....	111
<i>Крупей К.С., Кравченко Г.В.</i> НАСЛІДКИ ЕКОЦИДУ НА ТЛІ ВІЙНИ: ЕКОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ СТАНУ ВОДНИХ РЕСУРСІВ У М. ЗАПОРІЖЖЯ.....	113
<i>Метеленко Н.Г.</i> ЕКОЦИД ТА ЗЛОЧИНИ ПРОТИ ДОВКІЛЛЯ: БІОЛОГІЧНИЙ ТА МЕДИЧНИЙ АНАЛІЗ.....	114
<i>Тихомірова Ф.А.</i> УРБИЦИД ТА ЕКОЦИД В УМОВАХ ВІЙНИ.....	116
СЕКЦІЯ 4. РОЗУМІННЯ РОЛІ, ЗНАЧЕННЯ, РІВНЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ТА ЦІННОСТІ ЛІКАРЯ СУЧАСНИМ СУСПІЛЬСТВОМ (ГЛОБАЛІЗОВАНИЙ СВІТ ТА УКРАЇНСЬКІ РЕАЛІЇ)	
<i>Fominaite M.</i> EXPERIENCES OF WORKPLACE AGGRESSION BY HEALTH CARE PROFESSIONALS.....	118
<i>Москвітіна Д.А.</i> МЕДИЧНИЙ ДИСКУРС РОМАНУ ДЖ. СВІФТА «МАНДРИ ГУЛЛІВЕРА»	119
<i>Лямцева О.В.</i> СОЦІАЛЬНІ МЕРЕЖІ ДЛЯ ЛІКАРІВ: ВИГОДИ ТА ВИКЛИКИ УКРАЇНСЬКОЇ ПРАКТИКИ.....	122
<i>Власенко Ф.П.</i> ВІРА, НАДІЯ, ЛЮБОВ ЯК ОРІЄНТИРИ ЛЮДЯНОСТІ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ.....	124
<i>Гусарова А.В.</i> ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ОБІЗНАНОСТІ СТУДЕНТІВ ЗАПОРІЗЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ПРО РОБОТУ ЛІКАРЯ- ПАТОЛОГОАНАТОМА.....	125
<i>Лаишул Д.А.</i> РОЛЬ ЛІКАРЯ В 21 СТОЛІТТІ: ЕТИКА, ГЛОБАЛЬНІ ВИКЛИКИ ТА ПРОФЕСІЙНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ.....	126
<i>Левчук-Воронцова Т.О.</i> СТИГМАТИЗАЦІЯ У МЕДИЦИНІ.....	128
<i>Chemerys Y.</i> PROBLEMS OF EMPATHY IN MEDICINE.....	129
СЕКЦІЯ 5. ПРОБЛЕМА ЛІКАРЯ-ВИКЛАДАЧА – ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ТА ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ	
<i>Марушко Ю.В., Бойко Н.С., Чабанович О.В., Шеф Г.Г.</i> ПРИНЦИПИ НЕВЕРБАЛЬНОГО СПІЛКУВАННЯ В НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ.....	130
<i>Volkova G.</i> THE ROLE OF A FOREIGN LANGUAGE IN PROFESSIONAL TRAINING FOR MEDICINE.....	132
<i>Довбиш І.М., Коломоєць Ю.С.</i> ІНТЕГРАЦІЯ ІННОВАЦІЙНИХ МЕТОДІВ ТА ПІДХОДІВ ЛІКАРЕМ-ВИКЛАДАЧЕМ.....	133

<i>Кілеєва О.П., Брагар Н.О., Шкопинська Т.Є, Четвертак Т.Ю., Поправко М.І.</i> ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ПІДХОДІВ ДО ВИКЛАДАННЯ У КОЛЕДЖІ.....	135
<i>Кологойда В.Р.</i> СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ ІЗ ТРАВМАМИ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ.....	136
<i>Куліченко А.К.</i> ВПЛИВ ІННОВАЦІЙ НА РОЗВИТОК МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ	138
<i>Корнєєва О.М., Касатська А.В.</i> РОЗГЛЯД ЕТИМОЛОГІЇ НАЗВ БОТАНІЧНИХ РОСЛИН ЯК ПРИЙОМ ПОЛПШЕННЯ ЇХ ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ	139
<i>Марушко Ю.В., Шеф Г.Г., Чабанович О.В.</i> УДОСКОНАЛЕННЯ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ПЕДІАТРІЯ»	140
<i>Марушко Ю.В., Дмитришин Б.Я., Бовкун О.А., Дмитришин О.А., Єсіпова С.І.</i> ФОРМУВАННЯ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ З ДИСЦИПЛІН ПЕДІАТРИЧНОГО ЦИКЛУ У СТУДЕНТІВ – РЕАБІЛОЛОГІВ.....	141
<i>Мельнікова О.З., Іванченко О.З., Мікасян Г.Р.</i> ДОТРИМАННЯ ПРИНЦИПУ НАСТУПНОСТІ ЗНАНЬ, ВМІНЬ І НАВИЧОК У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ЯКІСНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ.....	146
<i>Недельська С.М., Бессікало Т.Г., Самохін І.В., Кряжев О.В., Кляцька Л.І.</i> РОЛЬ ОЧНОЇ ОСВІТИ У ПРОФЕСІЙНОМУ ФОРМУВАННІ ЛІКАРЯ В УМОВАХ СУЧАСНИХ РЕАЛІЙ.....	148
<i>Недельська С.М., Самохін І.В., Кряжев О.В., Бессікало Т.Г., Кляцька Л.І.</i> ОСОБИСТІСНО-ОРІЄНТОВАНИЙ ПІДХІД ДО НАВЧАННЯ І ВИХОВАННЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ.....	149
<i>Редько І.І.</i> ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ЛІКАРЯ-ВИКЛАДАЧА ЩОДО МЕДИЧНОЇ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	150
<i>Спахі О.В., Лятуринська О.В., Макарова М.В., Пахольчук О.П., Кокоркін О.Д.</i> ОЧНЕ НАВЧАННЯ У ПРОФЕСІЙНОМУ ФОРМУВАННІ ЛІКАРЯ-ДИТЯЧОГО ХІРУРГА	152
<i>Стиця Н.В., Зайцев М.В.</i> КРИТИЧНА МЕДИЧНА АНТРОПОЛОГІЯ ЯК ВАЖЛИВИЙ ЕЛЕМЕНТ ОСВІТИ ЛІКАРЯ В УКРАЇНІ.....	153
<i>Шеф Г.Г., Марушко Ю.В., Бойко Н.С.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПІДХОДІВ ДО ВИКЛАДАННЯ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ПЕДІАТРІЯ» НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ.....	155
СЕКЦІЯ 6. ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ: «CONSUMOR ALIIS INSERVIENDO».	
<i>Lebedeva J., Fominaite M.</i> FACTORS ASSOCIATED WITH PROFESSIONAL BURNOUT IN THE HEALTHCARE SYSTEM	156
<i>Mastavičiūtė A.</i> PEOPLE MATTER THE MOST: A CASE OF GOOD PRACTICE IN LITHUANIA.....	158
<i>Кравченко Ю.В., Гнатенко С.А.</i> ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ОСВІТЯН.....	158
<i>Марущенко О.А.</i> СПІВПЕРЕЖИВАННЯ ДО СЕБЕ ЯК ПРАКТИКА ПОДОЛАННЯ СИНДРОМУ СУПЕРГЕРОЯ.....	160

<i>Мисюра С.С.</i> ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ: «CONSUMOR ALIIS INSERVIENDO».....	162
<i>Парченко М.В.</i> ГОЛОВНІ КАТАЛІЗАТОРИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРАЦІВНИКА В УМОВАХ ВІЙНИ.....	164
<i>Репетун А.К.</i> ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ.....	165
<i>Рогова А.В.</i> ПРОБЛЕМА ТА ПРОФІЛАКТИКА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ОСОБИСТОСТІ ЛІКАРЯ.....	166
<i>Shundel T.O.</i> PROFESSIONAL BURNOUT SYNDROME OF HIGH SCHOOL TEACHERS AND MEANS OF ITS ELIMINATION.....	167
<i>Янішевський О.Л.</i> ЛЮБОВ ДО ПРОФЕСІЇ ЯК СПОСІБ ПОДОЛАННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ.....	169
СЕКЦІЯ 7. ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ	
<i>Крючко Т.О., Литус С.І.</i> ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМ МЕДИЧНОЇ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	171
<i>Марков Ю.І.</i> ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ ІНТЕРНІВ-АНЕСТЕЗІОЛОГІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	173
<i>Гайдай Н.В., Сюсюка В.Г., Дейніченко О.В., Любомирська К.С.</i> СУЧАСНІ ОСВІТНІ УМОВИ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ЩОДО ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ З АНГЛОМОВНОЮ ФОРМОЮ НАВЧАННЯ.....	178
<i>Грищенко О.В.</i> НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК З УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ ЗА ПРОФЕСІЙНИМ СПРЯМУВАННЯМ ЯК СКЛАДОВА ЯКІСНОГО ВИВЧЕННЯ ДИСЦИПЛІНИ МАЙБУТНІМИ ЛІКАРЯМИ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	180
<i>Губка В.О., Вільданов С.Р., Гайдаржі Є.І., Головка М.Г., Охріменко Г.І., Вайло Ю.М. Проценко А.С., Гавриленко Б.С.</i> ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ОНЛАЙН ВІДЕОКОНФЕРЕЦІЇ ДЛЯ ІСПИТУ НА КАФЕДРІ ГОСПІТАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ.....	181
<i>Дейнега В.А.</i> ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРАКТИВНІ ДОШКИ WHITEBOARD MICROSOFT TEAMS ПІД ЧАС ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ НА КЛІНІЧНІЙ КАФЕДРІ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ.....	182
<i>Звягіна Г.О., Потоцька О.І.</i> ДИСТАНЦІЙНА ОСВІТА У МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ.....	183
<i>Князєва А.О., Кириченко М.М., Богомолова О.А., Колокот Н.Г., Рослік О.А.</i> ОСОБЛИВОСТІ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЦЬКОЇ ТА ПЕДАГОГІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ АСПРАНТІВ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ.....	188
<i>Крісанова Н.В., Іванченко Д.Г., Рудько Н.П.</i> ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ДИСТАНЦІЙНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ БІОЛОГІЧНОЇ ХІМІЇ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	190
<i>Кандибей В.К.</i> ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЛІКАРЕМ-ВИКЛАДАЧЕМ В УМОВАХ ВІЙНИ, ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ.....	191

<i>Лукіна Г.М.</i> ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ У ОБДАРОВАНИХ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС НАВЧАННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	192
<i>Ляшенко Л.М.</i> АВТОРСЬКИЙ ДОСВІД У МОВНИХ ЗАСОБАХ ПІДТРИМКИ НАЦІОНАЛЬНОЇ САМОІДЕНТИЧНОСТІ Й ГОРДОСТІ СТУДЕНТІВ.....	193
<i>Мазулін О.В.</i> ВІЗУАЛІЗАЦІЯ ПРИ САМОСТІЙНІЙ РОБОТІ КУРСАНТІВ З ПИТАНЬ ФАРМАКОГНОЗІЇ ПРИ ON-LINE НАВЧАННІ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	196
<i>Моргунова С.А., Школова О.П., Дмитрієв В.С., Ганошенко Ю.А.</i> НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВНУТРІШНЬОЇ СИСТЕМИ ЯКОСТІ ОСВІТИ В ЗАПОРІЗЬКОМУ ДЕРЖАНОМУ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ.....	198
<i>Назаренко О.В.</i> ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА» В УМОВАХ ЗМІШАНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ.....	199
<i>Недельська С.М., Ярцева Д.О., Лямцева О.В., Федосєєва О.С., Мазур В.І.</i> ДИСТАНЦІЙНА ОСВІТА СТУДЕНТІВ-ІНОЗЕМЦІВ НА КАФЕДРІ ПЕДІАТРІЇ В УКРАЇНІ ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	200
<i>Олексієнко А.В.</i> ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ ЯК ПЕДАГОГІЧНИЙ ІНСТРУМЕНТ У ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ.....	201
<i>Онїщенко Т.Є, Рябокони О.В., Фурик О.О., Калашник К.В., Білокобила С.О.</i> ДИСТАНЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ПІДВИЩЕННІ КВАЛІФІКАЦІЇ ВИКЛАДАЧІВ.....	202
<i>Пащенко І.В., Підкова В.Я.</i> ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ МОТИВАЦІЇ СТУДЕНТІВ ПРИ ВИКЛАДАННІ ПЕДІАТРІЇ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ.....	204
<i>Пилипенко В.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	205
<i>Самойленко О.В.</i> ШЛЯХИ ПОЛІПШЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ.....	206
<i>Світлицький А.О., Чернявський А.В., Матвейшина Т.М., Щербаков М.С.</i> ПИТАННЯ ЩОДО ДОЦІЛЬНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ТРУПНОГО МАТЕРІАЛУ ДЛЯ НАВЧАЛЬНИХ ЦІЛЕЙ.....	207
<i>Сергієнко М.Ю., Сюсюка В.Г., Дейніченко О.В., Ганжій І.Ю., Амро І.Г.</i> ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ СТРУКТУРОВАНОГО КЛІНІЧНОГО ІСПИТУ З ДИСЦИПЛІНИ «АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ» В УМОВАХ ОНЛАЙН НАВЧАННЯ.....	209
<i>Сидоренко О.В.</i> АКАДЕМІЧНА ГРАМОТНІСТЬ ЯК СКЛАДОВА АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ.....	210
<i>Строгонова Т.В.</i> ПРОБЛЕМИ ДИСТАНЦІЙНОГО ВИКЛАДАННЯ ВИЩОЇ МАТЕМАТИКИ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	211
<i>Сюсюка В.Г., Онопченко С.П., Дейніченко О.В., Шаповал О.С., Бондаренко С.А.</i> СУЧАСНІ РЕАЛІЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ-ВИПУСКНИКІВ З ДИСЦИПЛІНИ «АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ» ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ.....	212
<i>Точиліна Т.М., Точілін А.В.</i> АНАЛІЗ СПІЛЬНОЇ ЕФЕКТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ВИКЛАДАЧА ТА СТУДЕНТА ПРИ ВИВЧЕННІ МЕДИЧНОЇ ТА БІОЛОГІЧНОЇ ФІЗИКИ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ.....	213

<i>Трегуб С.Є.</i> ЩОДО ОСОБЛИВОСТЕЙ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІН ГУМАНІТАРНОГО БЛОКУ ДИСТАНЦІЙНО В УМОВАХ ВІЙНИ.....	215
<i>Тюркеджи Н.С., Катаннікова А.Ю.</i> СТРАТЕГІЇ ПІДТРИМКИ ДОСЛІДНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ БІБЛІОТЕКОЮ УНІВЕРСИТЕТУ.....	216
<i>Федько О.Ю.</i> МІСЦЕ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ У ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНЬОГО МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА.....	218
<i>Фурик О.О., Рябокони О.В., Оніщенко Т.Є.</i> ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ ЗДОБУВАЧІВ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ У ДИСТАНЦІЙНОМУ ФОРМАТІ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	220
<i>Юрко А.О., Сердюк Д.Г.</i> ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЗДМФУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	221
СЕКЦІЯ 8. МЕДИЦИНА В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВІЙНИ	
<i>Боярська Л.М.</i> ДІТИ БОМБОСХОВИЩ.....	222
<i>Овчаренко Л.С.</i> ВІЙНА ВБИВАЄ ДІТЕЙ І ЇХ ПРАВО НА ДИТИНСТВО.....	223
<i>Котлова Ю.В., Мазур В.І.</i> ДИТИНА В ЧАСИ ГОЛОДОМОРУ ДО СЬОГОДЕННЯ. ЕТИЧНИЙ ВИМІР СУСПІЛЬСВА	225
<i>Ковтун Н.М., Ковтун Ю.В.</i> ВИКРАДЕННЯ ДІТЕЙ ЯК СКЛАДОВА ГЕНОЦИДУ УКРАЇНЦІВ В УМОВАХ РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ.....	228
<i>Urbanavičė R., Istomina N.</i> THE MIRROR OF THE TRAUMATIC LIFE EVENTS OF THE UKRAINIAN REFUGEES.....	230
<i>Кандибей В.К.</i> КРИЗОВІ СТАНИ ТА ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ВІЙНИ.....	231
<i>Амма А.В.</i> СПІВВІДНОШЕННЯ АНОНІМНОСТІ І ВІДЧУЖЕННЯ ЛЮДИНИ У ВІРТУАЛЬНОМУ ПРОСТОРІ ІНФОРМАЦІЙНОГО СУСПІЛЬСТВА	232
<i>Білай А.І., Білай І.М.</i> ФІЛОСОФІЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ.....	233
<i>Горохова Л.В.</i> СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ.....	234
<i>Гріда Т.В., Демидюк К.С., Шевченко Н.О.</i> ПРОФІЛАКТИКА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРНЯНИХ КЛОУНІВ У ПЕРІОД ВІЙНИ.....	237
<i>Данильчук О.М.</i> ЗАГРОЗА ПОШИРЕННЯ ЗБРОЇ МАСОВОГО ВИНИЩЕННЯ ЯК ЕКЗИСТЕНЦІЙНА ПРОБЛЕМА БУТТЄВОСТІ ЛЮДИНИ.....	239
<i>Дрозд Б.Ю.</i> ВПЛИВ ГАДЖЕТІВ ТА СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ НА МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ В УМОВАХ РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ.....	241
<i>Земляний Я.В., Земляна Н.А.</i> ПЕРСПЕКТИВИ ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН В ЗМІШАНОГО ФОРМАТІ УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	243

<i>Мартищенко У.С., Колінько М.В.</i> ФІЛОСОФСЬКА РОЗВІДКА ОСОБЛИВОСТЕЙ АДАПТАЦІЇ УКРАЇНЦІВ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	244
<i>Кологойда В.Р.</i> ПРИНЦИПИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ ІЗ ТРАВМАМИ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ.....	246
<i>Левченко Є.В.</i> ЦІНА І ЦІННОСТІ ВІЙНИ.....	247
<i>Павлюченко М.І., Сюсюка В.Г., Ганошенко Ю.А., Карпенко Т.В., Пономаренко О.В.</i> НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК В СИСТЕМІ СУЧАСНОЇ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ: МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД.....	249
<i>Панькович Л.В., Елланська Н.Г., Томаревська О.С.</i> ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АРТТЕРАПІЇ В МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ШЕМИЧНИМ ІНСУЛЬТОМ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ.....	250
<i>Пацера М.В.</i> МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ВІД ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ.....	254
<i>Підкова В.Я., Зелезінська Н.Я., Пащенко І.В.</i> ЗАНЯТТЯ МУЗИКОЮ, ЯК СПОСІБ ПІДТРИМКИ ДІТЕЙ ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	255
<i>Пучков В.А., Кирилюк О.Д., Шевченко А.О., Богуславська Н.Ю., Бабінчук О.В.</i> ІНТЕРАКТИВНЕ СИМУЛЯЦІЙНЕ НАВЧАННЯ У ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРЯ-АКУШЕРА-ГІНЕКОЛОГА.....	257
<i>Рагріна Ж.М.</i> ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН СТУДЕНТІВ-ІНОЗЕМЦІВ ПІД ЧАС НАВЧАННЯ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ.....	259
<i>Савчук В.А.</i> РОЗУМІННЯ АГРЕСІЇ ЛЮДИНИ У ФІЛОСОФІЇ ЕРІХА ФРОММА.....	260
<i>Сініцина А.В.</i> “ВСТОЯТИ, КОЛИ ВСЕ ХИТАЄТЬСЯ” (ЕТИЧНА ДОКТРИНА “МИСТЕЦТВА ЖИТТЯ” П.АДО).....	261
<i>Соляник О.В.</i> СПРИЙНЯТТЯ СМЕРТІ ДІТЬМИ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП.....	263
<i>Стиця Н.В., Скупий І.М.</i> АКТУАЛІЗАЦІЯ МЕТОДОЛОГІЇ КРИТИЧНОЇ МЕДИЧНОЇ АНТРОПОЛОГІЇ В КРИЗОВИХ УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ.....	264
<i>Тоцька А.В.</i> МІСЦЕ ЕРГОТЕРАПІЇ У ВІДНОВЛЕННІ ФУНКЦІЙ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ.....	265
<i>Уварова О.О., Нігрецкул В.В.</i> МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ЯК ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА.....	267
<i>Усачова О.В., Работягова Т.О.</i> ВПЛИВ СТРЕСУ НА ПЕРЕБІГ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ.....	268
<i>Чмара Д.В., Черненко О.Є.</i> ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДИНИ З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДІВ ПФЧ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ.....	269
СЕКЦІЯ 9. МАЙБУТНЄ МЕДИЦИНИ: СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКЕ ПРОГНОЗУВАННЯ	
<i>Волосовець О.П., Волосовець А.О., Вербицький І.В.</i> МЕДИЧНА ОСВІТА ТА КАДРИ В УКРАЇНІ: ВИКЛИКИ СУЧАСНОСТІ.....	270
<i>Ткаченко Н.О., Маганова Т.В.</i> СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОБОТИ ФАРМАЦЕВТА: ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ.....	274

<i>Андрюкайтене Р., Воронкова В.Г., Череп А.В.</i> ЦИФРОВІЗАЦІЯ МЕДИЦИНИ В КРАЇНАХ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ (ЄС).....	275
<i>Білай І.М., Білай А.І.</i> СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКА КОНЦЕПЦІЯ ВІДПОВІДАЛЬНОГО САМОЛКУВАННЯ.....	277
<i>Павленко Н.В.</i> ВПЛИВ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ НА ЛЮДСТВО.....	278
<i>Бурашнікова О.С.</i> ПОДАТКОВА СИСТЕМА МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ В КРАЇНАХ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ.....	279
<i>Ведмедєв Є.С.</i> МАЙБУТНЄ МЕДИЦИНИ: СОЦІАЛЬНЕ ПРОГНОЗУВАННЯ.....	281
<i>Візір В.А. Деміденко О.В., Садомов А.С., Приходько І.Б.</i> ПОТЕНЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЧАТ-БОТУ ЗІ ШТУЧНИМ ІНТЕЛЕКТОМ СНАТГРТ ПРИ ВИКЛАДАННІ КЛІНІЧНОЇ ДИСЦИПЛІНИ.....	283
<i>Грамчук М.О.</i> ГЛОБАЛЬНА ЦИФРОВА ТРАНСФОРМАЦІЯ МЕДИЦИНИ ЯК ГОЛОВНА ТЕНДЕНЦІЯ РОЗВИТКУ ЦИФРОВОГО МІСТА.....	284
<i>Додонов Д.Р.</i> ДЕРЖАВА ТА МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ.....	286
<i>Козловець М. А.</i> НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ І ПИТАННЯ БЕЗПЕКИ ЛЮДИНИ.....	287
<i>Коломоєць І.В.</i> ВПЛИВ МЕДИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ НА ЦИФРОВІЗАЦІЮ МЕДИЦИНИ У КОНТЕКСТІ ГЛОБАЛЬНИХ ВИКЛИКІВ.....	290
<i>Костенко С.В.</i> ЦИФРОВА УПРАВЛІНСЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ В СФЕРІ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ ТА ОРГАНІЗАЦІЙ.....	292
<i>Крупа А.Г.</i> ВПЛИВ ІКТ НА РОЗВИТОК ЦИФРОВІЗАЦІЇ МЕДИЦИНИ.....	295
<i>Мар'єнко В.Ю.</i> ВПЛИВ ЦИФРОВІЗАЦІЇ НА РОЗВИТОК ОРГАНІЗАЦІЙ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ.....	297
<i>Нікітенко В.О.</i> ЦИФРОВА ТРАНСФОРМАЦІЯ ТА ТЕХНОЛОГІЇ В МЕДИЦИНІ.....	299
<i>Подкупко Т.Л., Юрченко І.С.</i> ПРИВЕРНЕННЯ УВАГИ ПАЦІЄНТІВ КРЕАТИВНОЮ РЕКЛАМОЮ.....	301
<i>Рудько Н.П., Іванченко Д.Г., Крісанова Н.В.</i> ТЕХНОЛОГІЧНИЙ ПРОГРЕС ТА ЙОГО ВПЛИВ НА МЕДИЦИНУ МАЙБУТНЬОГО.....	303
<i>Слюсарь М.Ю.</i> ВИКОРИСТАННЯ МЕРЕЖЕВИХ ПЛАТФОРМ ДЛЯ РОЗВИТКУ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ У МЕДИЦИНІ.....	304
<i>Трашков В.Д.</i> БІОФАРМАЦЕВТИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ: ВПЛИВ ТА ЗАСТОСУВАННЯ У ВИРОБНИЦТВІ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ.....	306
<i>Троценко О.В.</i> КУЛЬТУРОЛОГІЧНІ ТА МИСТЕЦТВОЗНАВЧІ НАВЧАЛЬНІ ДИСЦИПЛІНИ В ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ В УКРАЇНСЬКИХ ЗВО.....	308
<i>Уварова О.О., Пастухов О.О.</i> ПОТЕНЦІАЛ ВИКОРИСТАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ У ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ ТА АКАДЕМІЧНА ДОБРОЧЕСНІСТЬ.....	311

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

**ФІЛОСОФСЬКО-НАУКОВА КУЛЬТУРА ДОСЛІДНИЦЬКОГО ПРОСТОРУ
УНІВЕРСИТЕТУ: ЛЮДИНОВИМІРНІСТЬ СОЦІОБІОТЕХНОЛОГІЙ**

*Утюж Ірина Геннадіївна,
доктор філософських наук, професор,
завідувач кафедри суспільних дисциплін,
Спиця Наталя Валеріївна,
кандидат філософських наук, доцент,
доцент кафедри суспільних дисциплін,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Анотація. Стаття піднімає питання потужного потенціалу філософського знання який має бути застосований в системі освіти та в розвитку науки, особливо в галузі інновацій в біотехнології. Автори стверджують, що наука не може існувати як самоціль і створена задля покращення життя людини. Наука була і залишається головним проєктом філософії, адже через науку людина не просто отримує блага та комфорт матеріального світу, в першу чергу наука дає можливість людині осягнути свою велич, усвідомити найвищі людські цінності. Саме на такому розумінні філософії і має будуватись як сучасна університетська освіта так і наукові дослідження.

Abstract. The article raises the question of the powerful potential of philosophical knowledge that should be applied in the educational system and in the development of science, particularly in the field of innovation in biotechnology. The authors argue that science cannot exist for its own sake and is created to improve human life. Science has been and remains the main project of philosophy, as through science, humans not only obtain goods and material comforts but, above all, science enables individuals to grasp their greatness and realize the highest human values. It is precisely this understanding of philosophy that should underpin both modern university education and scientific research.

У сучасному світі, що швидко розвивається, де прогрес у медичних технологіях і практиці часто випереджає наші етичні рамки, зусилля науковців, спрямовані на вирішення цих складних проблем. Це є надзвичайно важливим в сучасних умовах розвитку антропотехнологізованого простору життя людини. Від питань теоретико-методологічного аспекту, до питань справедливості в охороні здоров'я, та етичних наслідків нових медичних втручань, наш діалог в рамках міжнародної конференції «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини». Тому наша міжнародна конференція служить орієнтиром для етичного компасу медицини на службі людства.

Є сподівання, що наша конференція стане каталізатором для глибшого розуміння та значного прогресу у вирішенні викликів і можливостей, які чекають попереду медицину. І тому, науковий дискурс конференції орієнтує нас в сферу філософії медицини і біоетики, що базуються на принципах людиноцентризму, поваги та гідності.

Наша конференція в цьому році презентує аналітику питань, які розкривають розвиток медицини і науки в рамках біотехнологічних ризиків і пріоритетів. Також, залишається традиційним розгляд питань соціально-філософського напрямку в медицині. Зазначимо, що в умовах повномасштабної війни Росії проти України, обов'язково будемо аналізувати болючі, соціально-філософські питання професійного подвигу наших медиків, і збереження ментального і фізичного здоров'я українців. На сьогодні, ці смислові принципи стали пріоритетом державних програм України.

Тому, метою нашої статті і буде теоретико-методологічна і соціальна філософська аналітика проблем як самої медицини, так і розвитку медичної освіти, коли ми є відповідальними за підготовку медичних кадрів, за формування їх світоглядно-наукової картини сучасного світу.

Виходячи з роздумів В. Флюссера, давайте звернемося до сучасного світу. У складноорганізованому технологічному світі речі були розчленовані безмежно, і на порядку денному постає питання про те, як розглядати частинки як частинки, наприклад, кварки. Одна з інтерпретацій пов'язана з їх оцінкою як символів числового мислення. Роздроблений на частинки світ перестав бути чуттєвим, емоційним, як в подальшому зазначить В. Флюсер – екзистенціально-тілесним.

Досягнення науки та техніки демонструють нам результат безперервного процесу роздроблення світу. Сучасний вектор науково-технічного розвитку передвіщає настання ери квантових технологій, яка йде на зміну ері «нано».

Створений культурою споживання безмежно різноманітний світ речей доповнюється світом мікроскопічних гаджетів, світом речей такого розміру, який наближається до світу невидимих сутностей, до світу ідей, світу математичних величин (а не тілесно-культурних просторів, в основі яких екзистенційна присутність людини в світі).

Універсум математичних величин загрожує затемнити універсум світу речей, перетворити саме поняття речі - від того, що доступне відчутному погляду - до того, що буде йому недоступне, але буде не менш реальним у своїй речовості, не менш артефактно.

Відкриваючи цей світ відповідно до відомих нам законів фізики, ми наближаємося до моменту, який може обернути всі наші уявлення про життя, матерію, кардинально змінити наш досвід та антропологічний образ. Комп'ютер розміром з атом, на який може бути записана інформація про все культурне надбання людства, або, як обіцяють нам трансгуманісти, і сама людина такого ж розміру, представляє собою плоди обчислювального мислення і безкінечного процесу дроблення світу [1].

Нейропсихологічна тенденція розкриває, як ми сприймаємо світ і як світ відображається в нас через наші органи чуттів. В. Флюссер порівнює процес сприйняття з «цифровими процесами».

Наш спосіб відображення світу нагадує роботу комп'ютера: «Нервові волокна приймають точкові подразники, відбувається «цифровий» принцип: кожен окремий подразник або приймається, або відхиляється («1–0»)… Подразник - це дані [Daten], з яких можуть бути створені речі на комп'ютері [komputieren]. Світ, який сприймається, є проекцією процесу обробки даних [Datenprozessierung]» [1].

Занурення в життєвий світ, яке характеризувало людське існування в до-технологічну епоху, в контексті розвитку технологій набуває особливих рис. Код і знання, побудоване на коді, тепер формують життєвий світ.

Відкриття генетичного коду сприяє ще більшому поглибленню саморозуміння людини через призму інформаційного підходу.

Технології редагування геному відкривають перед людством неймовірні можливості для поглиблення саморозуміння і розуміння природи людини. Це подія, що революціонує не лише нашу науку, а й нашу спільність в цілому.

По-перше, генетичний код дозволяє нам розглядати людину не лише як біологічний об'єкт, але й як носія складної інформації. Кожен ген, кожний фрагмент ДНК - це як окрема книга, що містить в собі інструкції для розвитку та функціонування організму. Аналізуючи ці дані, ми можемо розуміти, як працює організм, які процеси відбуваються в його клітинах, а також причини різних захворювань та спадкових характеристик.

По-друге, вивчення генетичного коду допомагає нам зрозуміти, які аспекти нашої особистості і поведінки можуть бути визначені генетично. Це відкриває нові можливості для розуміння нашого характеру, темпераменту, схильностей до ризику, а також можливостей впливу нашого середовища на генетичну спадковість.

По-третє, геномні дослідження допомагають нам розуміти нашу історію і еволюційні шляхи як виду. Вони дозволяють відслідковувати шляхи міграцій та поширення різних груп людей, а також вивчати взаємодію між різними популяціями та адаптацію до різних умов середовища.

Таким чином, вивчення генетичного коду є ключем до розуміння багатогранності людської природи, її спадковості та розвитку. Це дозволяє нам краще зрозуміти себе, свої спільноти та місце людини в природі.

Ось чому, на думку Сільва-Педроза Р., Сальгадо А. Ж., Феррейра П. Е. клітинне моделювання захворювань є потужним інструментом, який використовується для вивчення основних механізмів різних захворювань і розробки нових методів лікування.

На думку авторів, ці моделі можна використовувати для вивчення як генетичних, так і набутих захворювань, включаючи рак, нейродегенерацію та інфекційні захворювання [2].

В статті зазначається, що одна з ключових переваг моделювання клітинних захворювань полягає в тому, що воно дозволяє вивчати захворювання в контрольованому середовищі способами, які були б неможливі в живому організмі, наприклад введення специфічних генетичних мутацій або факторів навколишнього середовища для вивчення їх впливу на клітини [2].

Крім того, моделювання клітинних захворювань також можна використовувати для вивчення складних інфекційних захворювань, які включають численні шляхи та взаємодії між різними типами клітин. Вивчаючи вплив різних вірусів або бактерій на клітини, можна виявити основні механізми захворювання та перевірити ефективність нових методів лікування, що дає змогу зрозуміти процес захворювання.

Отже, у широкому науково-культурному плані спостерігається зближення генетики та інших дисциплін. Генетичний код розглядається як прототип інших сигнальних систем, що приводить до думки про те, що світ і сутність життя можуть бути описані з єдиної кібернетичної точки зору, а людина описується в контексті генетичної детермінації.

«Генетичне» «читання» людини може перетворитися на евгенічну наукову складову, що може спричинити розуміння людини на примітивному рівні. Історія людства знала приклади расистських теорій спадковості. Так формується міфічний світ, де в боротьбу за життя людини вступають «егоїстичні», «злочинні» гени, прогностичні дані скринінгів, міфи про ГМО і т.ін.

Наприклад, для Ж. Бодрійяра така ситуація стала приводом задати резонне питання: «Як боротися проти ДНК?» і дати зрозумілу відповідь: «Звісно, не шляхом класової боротьби» [3]. І тому, в рамках сучасної соціально-філософської, соціологічної теорії з'являється теорія «постлюдини»: після людини повинна прийти покращена «постлюдина». Зазначимо, що «покращення» природи людини, в останні десятиліття, все частіше доповнюється нейронауковими дослідженнями.

А до нейронаукових досліджень приєднуються дослідження психологічного напрямку. В рамках теоретичних меж відбувається переосмислення людського «Я». І в сучасних умовах антропотехнологічного простору людське «Я» втрачає свою автономність, воно стає «потокотом інформації». В інформаційних потоках, в біоетичних базах даних «Я» розпорошується і втрачає свою ідентичність [4].

Зрозуміло, що даний аспект і буде проблемним полем філософії науки, філософії медицини, біоетики. Дана дисциплінарна матриця має методологічний інструментарій, за допомогою якого можна аналізувати практично будь-які етичні проблеми, що пов'язані з реалізацією біотехнологічних проєктів і досліджень за участю людини. Однак, ідеї, що закладені в біоетику, філософію медицини, мають на увазі не лише поінформовану згоду, а й прогнозованість ризиків, проте з кожним роком ці принципи все складніше застосовувати, щодо біотехнологій, що використовують наночастки, інформаційні чіпи та генетичні технології, що володіють особливими типами ризиків.

В сучасному дискурсі проблем біоетичного виміру (а особливо площини біомедичної етики) іноді прослідковується доволі поверхневе розуміння значущості саме філософського виміру. Можливо, такий прецедент спровоковано неймовірно високими швидкостями змін в науковому вимірі медицини. А ось філософські питання залишаються вічними і видаються такими, що вже не варті уваги (скільки поколінь билосся над одвічними питаннями, а однозначних висновків так і не зроблено).

На думку багатьох сучасних дослідників варто продовжувати вивчення людини користуючись методами доказової медицини, адже вони дали людству надпотужний результат щодо збереження життя і здоров'я популяції людей. Все інше – віджиле, не варте уваги. Тим не менш в сучасному світі ми спостерігаємо достатню кількість конфліктів та проблем пов'язаних з тим, що доказова медицина не в змозі задовольнити людину. Не всі питання вирішуються доказовою медициною, не всі запити задовольняються.

Пол Фейєрабенд залишається видатним анархістом для більшості, адже дозволяє існувати альтернативній медицині поряд із доказовою, дозволяє ненауковому знанню існувати. Звичайно, ми не закликаємо відсторонюючись від наукового прогресу повернутися до прадавніх методів цілительства, але намагаємось не нехтувати жодною гранню людського досвіду задля повноти картини сучасного світу. Не дарма з другої половини ХХ сторіччя світ спостерігає швидкісне зростання зацікавленості у медичній антропології, яка намагається виявити та вирішувати ті конфліктні моменти, які існують в медицині на даний момент. Візьмемо хоча б той факт, що ключове поняття медицини - «здоров'я» не буде однозначним для всього населення планети Земля, адже зібране не тільки з параметрів тілесності.

Крім того, війна в Україні певним чином примусила переосмислити загальновідомі речі за допомогою принципів медичної антропології. Чи можемо ми називати себе здоровими, якщо на рівні нашої тілесності всі показники в рамках гомеостазу, якщо ми соціально реалізовані, можемо організувати, нехай і онлайн, але повноцінну конференцію де збираємо науковців з усього світу (а отже професійно і творчо реалізуємо себе), якщо маємо сім'ї і домівку... але не знаємо чи прокинемось завтра після обстрілів ворожими ракетами і постійно відчуваємо біль, який зараз відчуває вся наша нація. Чи можна бути окремо здоровим, відокремлюючи себе від загальної трагедії свого народу, нехтуючи тим, що в новинах зустрічаєш інформацію про загибель твоїх студентів. Тих, з ким ще вчора ти говорив на заняттях з філософії про сенс життя, про добро і зло забирає смерть, адже вони добре засвоїли знання про гідність і честь та пішли захищати свою країну від

ворога. Чи можемо ми, викладачі, які відчувають неймовірний біль втрати кращих з молодого покоління науковців і лікарів називатись здоровими, орієнтуючись тільки на цифрові показники доказової медицини? Навряд чи. І про це також наша конференція.

Людство іноді наче забуває, що наукове знання та блага медицини існують і нарощуються не заради самих себе, а саме для підтримки життя і здоров'я людини у всій його повноті. Будь які геномні дослідження, будь яке відкриття в генній інженерії, в нейронауках в першу чергу мають слугувати збереженню і покращенню якості життя як самої людини так і всієї системи життя на нашій планеті. Наука не є самоціллю і саме через це виникає ідея біоетики, яку ще на початку 70х років минулого століття вперше розгорнуто досліджує Ван Реселлер Поттер, який стверджував, що силами природи не можна маніпулювати для нагальних потреб людини: «початок мудрості в змозі проявитися в нас, як належна повага до широкому простору життя та як наша сором'язливість, пов'язана з обмеженою здатністю розуміння наслідків нашої технологічної зарозумілості [5].

Наша конференція налаштована на продовження традицій біоетики в поттерівському розумінні – поєднання біологічного знання та загальнолюдських цінностей, де біологія гармонійно поєднується з філософією. Конс'юмеристський світ навчає людей цінувати те, що приносить задоволення від володіння матеріальними цінностями. На цьому тлі втрачається роль найважливіших цінностей людства – таких, що тільки дотичні до матеріального світу. І в першу чергу дотичні тим, що дають змогу повноцінно проявлятися нашій тілесності. Адже все, чим ми послуговуємось для того, щоб проявився наш дух, наша душа, є в першу чергу наше тіло. Тому медицина, яка створена задля збереження і покращення нашого фізичного тіла залишатиметься найбільш впливовою сферою знань для людства – нічого не має більшої цінності ніж знання про своє здоров'я і життя. Відповідальність на тих хто працює в цій сфері також неймовірна. Адже зміни, які несуть з собою наукові відкриття в медичній сфері, в сфері біології прямим чином впливають на майбутнє людської цивілізації.

Та саме усвідомлення відповідальності вже не є сферою біології. Цілісне бачення причинно-наслідкових зв'язків, розуміння наслідків усвідомлюється тільки через філософський підхід. Цьому майже не вчать в університетах, покладаючись на самоусвідомлення та допитливість студентів, що вступають до лав науковців. Всі акценти виставлено на прикладну складову знань. Але ж наука не є служницею нових технологій, це сфера ідей, прагнень та стремлінь, які народжуються з величі людського духу, з усвідомлення найголовніших цінностей людини. А філософія формує ціннісний вимір, тим самим підштовхуючи будь яку людську діяльність прагнути до кращого, та і взагалі підбурює на розвиток, на дію.

Ми живемо в часи парадоксів, коли наукове знання, народжуючись з гуманітаристики, як підгрунтя смислів, потім забуває про важливість етичної складової і породжує низку етичних дилем, які потрібно розв'язувати за допомогою тієї ж філософії в лоні якої народилась біоетика. Чим швидше відбуваються нові відкриття, чим більш потужними є прориви в науці, тим більш актуальним стає зв'язок науки з гуманітаристикою, який реалізується в біоетиці. (Саме тому наша конференція набирає популярності серед широкого загалу науковців, адже питання які ми піднімаємо є межовими аспектами синтезу природничих та гуманітарних знань людства.) Можливо, саме час пригадати крилатий вислів царя Соломона з Еклезіасту про те, що багато знань приносить багато скорбот. Трактуювання біблійних персонажів всю історію існування християнської традиції було однією з найулюбленіших справ людей. Тож спробуємо і ми висловити своє дилетантське бачення: окремі знання, якими б вони не були глибокими у своїй галузі і скільки б їх не було не можуть принести щастя людині, адже відсутність цілісного розуміння сенсу цих знань і їх місця в сучасному світі буквально перетворює ці знання на бездушні трофеї наукової спільноти. Біотехнології отримують свій сенс і значення тільки після усвідомлення їх місця і ролі в історії людства. А таке усвідомлення може прийти тільки через філософію.

Чим глибше проникнення біотехнологій в людське ество, тим більшим має бути значущість філософії, як єдиного джерела розуміння добра і зла, адже зміни, які несуть з собою біотехнології, нові відкриття в медицині можуть вивести цивілізацію буквально за межі людиномірності. Переक्रювання людського генома, евгенічні практики, роботизація, штучний інтелект – одні з тих напрямків в яких може в решті решт загубитися сама людина.

Ми дивимось на розчленований світ сучасної реальності в якому кожна окрема наукова галузь прагне до досягнення нових відкриттів, які навіть за умови міждисциплінарності залишаються автономним здобутком не спроможним зробити людину щасливою. На тлі збільшення тривалості життя, переможних звершень в площині вірусології, людство продовжує знищувати себе війнами, стресами, безпервною жадобою до благ матеріального світу без істинного усвідомлення того що

таке здоров'я. А здоров'я, за твердженням ВООЗ, це не тільки фізичний рівень існування, а й духовний, соціальний добробут, можливість бути продуктивним та реалізованим в соціумі. І, насправді, цілісне усвідомлення того, що таке здоров'я автоматично дає відповідь на одне з найдавніших філософських питань людства – що таке щастя та як саме його досягати?

Тож, поступово розглядаючи всі питання які постають перед сучасною медициною ми дивним, але все ж таки логічним чином приходимо до обнадійливого висновку: вирішуючи питання біоетики та філософії медицини – вирішуємо питання щасливого майбутнього, яке народжується тут і зараз, в тому числі і в рамках нашої цьогорічної зустрічі науковців, які чітко усвідомлюють свій потенціал, свої можливості і свою відповідальність.

Список використаних джерел

1. Flusser V. Vom Subjekt zum Projekt. Menschwerdung. // Schriften von Vilém Flusser. / Hrsg. von Stefan Bollmann; Bd. 3. Mannheim: Bollmann, 1994.
2. Silva-Pedrosa R, Salgado AJ, Ferreira PE. Revolutionizing Disease Modeling: The Emergence of Organoids in Cellular Systems. *Cells*. 2023; 12(6):930. <https://doi.org/10.3390/cells12060930>
3. Baudrillard Jean "The consumer society". – English translation copyright, Sage Publications 1998, Introduction George Ritzer 1998, Published in association with Theory, Culture & Society, Nottingham Trent University.
4. The Routledge Handbook Of The Ethics Of Human Enhancement Edited by Fabrice Jotterand and Marcello Ienca // New York. 2023. – 446 P.
5. V.R. Potier, Bioethics and the Human Prospect, in The Culture of Biomedicine: Studies in Sciences and Culture, vol. 1, University of Delaware Press, Newark 1984. IDEM, Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy, Michigan State University Press, East Lansing 1988.

ДОТРИМАННЯ НОРМ АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ ЯК ОСНОВА ОСВІТНЬОЇ ПОЛІТИКИ ЗАПОРІЗЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

*Моргунцова Світлана Андріївна,
проректор з науково-педагогічної, навчальної роботи та якості освіти,
кандидат біологічних наук, доцент;
Школова Олена Петрівна,
керівник навчального відділу,
Дмитрієв Вадим Сергійович,
керівник Центру дистанційної освіти і телемедицини та якості освіти,
кандидат технічних наук;
Ганошенко Юрій Анатолійович,
керівник навчально-методичного відділу,
кандидат філологічних наук, доцент
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Академічна доброчесність на сьогодні стає єдиноможливим стандартом повноцінного функціонування сучасного освітньо-наукового простору, в якому саме етична складова стає світоглядним базисом нормативно-правової бази та визначає довіру суспільства до наукових здобутків чи освітніх послуг як основу громадського рівня формування академічної репутації ЗВО.

Спрямованість академічної доброчесності на заперечення симультантності науки та освітньої діяльності, на нульову толерантність до плагіату, фальсифікації, фабрикації, обману, хабарництва, списування, необ'єктивного оцінювання визначає її беззаперечну актуальність у світовому просторі науки та освіти.

Особливо актуальним питання дотримання норм академічної доброчесності постає в галузі охорони здоров'я, адже той загальносуспільний редуплікаційний ефект, який має якість підготовки фахівці у галузі фармації та медицини для нормального функціонування всього соціуму, є безсумнівною – неякісно підготований медик становить небезпеку для життя і здоров'я інших. Не менш значний вплив мають для функціонування всієї системи охорони громадського здоров'я і наукові дослідження у відповідній галузі, коли порушення принципів академічної доброчесності призводить до неминучих втрат людського потенціалу здоров'я.

Тому дотримання норм академічної доброчесності в Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті є одним з пріоритетів загальної освітньої політики. У ЗДМФУ

проводиться системна робота, спрямована на впровадження основних принципів академічної доброчесності, запобігання випадкам несумлінної наукової та навчальної поведінки, що знайшло своє відображення в Статуті ЗДМФУ, Концепції розвитку ЗДМФУ та Стратегії розвитку ЗДМФУ, в численних положеннях і наказах.

З 2015 року наказом ректора визначено процес упорядкування висвітлення у друкованих виданнях результатів наукових досліджень, виконаних у Запорізькому державному медичному університеті, розроблено положення «Про перевірку дисертаційних робіт, наукових публікацій, навчальної літератури, навчально-методичних матеріалів на академічний плагіат», створено комісію із запобігання прихованому плагіату в наукових і навчальних виданнях, створено робочі групи для оцінки дисертаційних робіт та авторефератів за профілями спецрад, підручників, навчальних посібників і навчально-методичної літератури, а також статей, які надходять до редакційно-видавничого відділу для публікації в наукових журналах університету. У жовтні 2015 р. університет закупив ліцензійне програмне забезпечення для перевірки на плагіат дисертацій, навчальної літератури та статей Anti-Plagiarism, яке було встановлене редакційно-видавничому відділі, спеціалізованих вчених радах та в навчально-методичному кабінеті. Інформація про відповідальних осіб за перевірку наукових та навчально-методичних робіт на дотримання принципів доброчесності розміщено на головному сайті ЗДМФУ.

Регулярно академічна доброчесність як норма створення навчально-методичного супроводу освітнього процесу є предметом обговорення на ЦМК та ЦМР ЗДМФУ.

З 2020 року академічна доброчесність набуває вигляду єдиного наскрізного курсу, інтегрованого до освітнього процесу за всіма освітньо-професійними програмами підготовки фахівців та внутрішньої системи забезпечення якості освіти в ЗДМФУ. Зокрема, введено практику читання актових лекцій з основ академічної доброчесності для студентів 1 курсу протягом перших тижнів їхнього навчання в університеті, щоб прищепити фундаментальні цінності академічної освітньої та наукової спільноти.

З 2021 року створено навчальний курс «Академічна доброчесність» для студентів 1 курсу всіх спеціальностей, видано відповідний навчальний посібник.

Станом на сьогодні наскрізний навчальний курс академічної доброчесності включає в себе:

- актові лекції,
- курс для студентів 1 курсу усіх спеціальностей в тому числі для студентів зі скороченим терміном навчання,
- курси за вибором для здобувачів другого (магістерського) рівня спеціальностей «Технології медичної діагностики та лікування» та «Терапія та реабілітація»,
- навчальний курс для аспірантів денної, вечірньої та заочної форми навчання,
- онлайн-курс «Академічна доброчесність»,
- відповідне заняття як складова підготовки педагогів у Школі молодого викладача ЗДМФУ,
- заняття з академічної доброчесності є складовою навчання на курсах підвищення кваліфікації «Інноваційні педагогічні технології та психологічний супровід освітнього процесу в підготовці фахівців галузі «Охорона здоров'я» для науково-педагогічних працівників ЗДМФУ».

Також дотримання норм академічної доброчесності входить обов'язковим компонентом політики кожної навчальної дисципліни у силабусах.

Таким чином, академічна доброчесність у Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті постає важливим орієнтиром для організації та розвитку всієї освітньої та наукової діяльності, дотримання етичних та юридичних принципів і вимог стає основою загальноуніверситетської академічної культури спільноти науково-педагогічних працівників.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ СИСТЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ОСВІТИ У ЗАПОРІЗЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

*Моргунцова Світлана Андріївна,
проректор з науково-педагогічної, навчальної роботи та якості освіти,
кандидат біологічних наук, доцент;
Школова Олена Петрівна,
керівник навчального відділу,
Дмитрієв Вадим Сергійович,
керівник Центру дистанційної освіти і телемедицини та якості освіти,
кандидат технічних наук;
Ганошенко Юрій Анатолійович,
керівник навчально-методичного відділу,
кандидат філологічних наук, доцент*
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

На сьогоднішні існуванню закладів вищої освіти (ЗВО) та галузі в цілому кинута виклик – виклик війною. Тому для здійснення повноцінного освітнього процесу навчання необхідно забезпечувати умови, які дозволяють отримати здобувачам якісну освіту, зберегти життя та здоров'я учасників освітнього процесу. В умовах воєнного стану актуалізуються питання забезпечення якості вищої освіти та визначено перелік прийняття системних рішень, що пов'язані з імплементацією європейських стандартів забезпечення якості у процесі реалізації освітньо-професійних і освітньо-наукових програм, відповідністю змісту підготовки фахівців затвердженим стандартам; урахуванням вимог ринку праці у підготовці високопрофесійних фахівців.

Система внутрішнього забезпечення якості вищої освіти, яка розбудована у Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті, відповідає вимогам міжнародних стандартів, гарантує високий рівень науково-педагогічних працівників, ефективні методики надання освітніх послуг у галузі охорони здоров'я та сучасні умови навчання для студентів.

Основні принципи функціонування системи внутрішнього забезпечення якості вищої освіти у ЗДМФУ наведено у «Положенні про систему внутрішнього забезпечення якості вищої освіти у Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті», яке затверджено рішенням Вченої ради Запорізького державного медико-фармацевтичного університету протокол № 1 від 21.04.2023 р. та введено у дію наказом ректора Запорізького державного медико-фармацевтичного університету № 96 від 21.04.2023 р.

Метою розбудови та функціонування системи забезпечення якості освіти в ЗДМФУ є: гарантування якості освіти; формування довіри суспільства до системи та закладу освіти, постійне та послідовне підвищення якості освіти.

З метою дотримання якості освітнього процесу ректоратом здійснюється системний внутрішньоуніверситетський моніторинг усіх форм навчання: навчальних занять, заходів контролю знань, організації самостійної роботи студентів (СРС). Кожного семестру формується та затверджується ректором Наказ «Про завершення семестру та проведення контролю академічної успішності», в якому унормовано усі аспекти проведення заходів контролю академічної успішності здобувачів освіти.

Невід'ємною складовою системи внутрішнього забезпечення якості вищої освіти є постійний моніторинг освітнього процесу на кафедрах університету. Заходи моніторингу включають в себе:

- контроль стану проведення навчальних занять (лекції та практичні заняття), які проходять у синхронному режимі з повною візуалізацією на основі MS Teams;
- контроль наповнення електронних навчально-методичних ресурсів кафедр на платформі MS SharePoint та їх супровід (дотримання кафедрами єдиної структури оформлення сторінок ЕНМР, наповнення відповідних каталогів контентом тощо);
- супровід проведення кафедрами заходів контролю академічної успішності здобувачів освіти, опрацювання та аналіз результатів складання іспитів.

Системний моніторинг освітнього процесу здійснюється під керівництвом проректора з науково-педагогічної, навчальної роботи та якості освіти. До моніторингу навчального процесу задіяні працівники навчального, навчально-методичного відділів та Центру дистанційної освіти і телемедицини та якості освіти. Посилання на підключення до лекцій надаються модераторами у відповідну форму та розміщені на сайті ЦДОТЯО. Доступ до контролю практичних занять надається шляхом додавання акаунтів моніторингу до команд MS Teams та отримання відповідних посилань у

календарі. Під час проведення моніторингу заняття приділяється увага наступним критеріям: фіксація факту проведення заняття для академічної групи або академічного потоку, кількість підключених осіб, наявність на відео викладача під час заняття, дотримання викладачем дрескоду, дотримання хронометражу заняття, запис відео під час заняття. Результати моніторингу постійно доповідаються проректору з НПРНЯО доц. Моргунцовій С.А. та надаються деканам факультетів. Особлива увага приділяється заняттям зі здобувачами перших курсів, заняттям з навчальних дисциплін, які є компонентами ЄДКІ, а також навчальних занять на етапі післядипломної освіти.

Протягом навчального року проводився контроль наповнення електронних навчально-методичних ресурсів усіх кафедр університету. Результати перевірки (наповнення навчальним контентом, дотримання структури сайтів, відповідність оформлення навчальної та методичної документації кафедр чинним нормативним вимогам) доповідались проректору з НПРНЯО та надавались деканам факультетів для подальшого опрацювання. Наповнення кафедральних сторінок постійно контролюється ректоратом.

У Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті щорічно проводиться ряд анкетувань з метою оцінювання задоволеності навчанням здобувачами освіти.

Зокрема у період з 13 по 20 листопада 2023 р. проведено онлайн-анкетування здобувачів освіти перших, третіх та випускних курсів. Анкетування відбулось з використанням незалежних автономних електронних ресурсів, на засадах добровільності та анонімності. Метою анкетувань було оцінювання здобувачами вищої освіти процесу адаптації до входження в освітнє середовище ЗДМФУ та оцінювання якості підготовки до складання компонентів ЄДКІ (ліцензійних іспитів «КРОК»). Питання стосувались оцінки адаптації до входження в освітнє середовище університету, задоволеності освітнім процесом, роботи з електронними навчально-методичними ресурсами університету, академічної доброчесності, а також критеріїв її дотримання та аспектів якості освіти в ЗДМФУ, зокрема, в умовах дистанційного навчання. За бажанням, здобувачі освіти мали змогу надати пропозиції, які дозволять покращити якість освітньої програми, за якою вони навчаються.

За результатами анкетування понад 80% респондентів повністю або в цілому задоволені методами навчання і викладання за освітньо-професійною програмою (ОПП), за якою вони навчаються. Результати анкетування враховані при формуванні плану заходів щодо удосконалення організації освітнього процесу в ЗДМФУ, зокрема підготовки до складання компонентів ЄДКІ та включені до заходів з удосконалення організації освітнього процесу в ЗДМФУ

Такі здобутки демонструють ефективність розбудованої у ЗДМФУ системи якості освіти та внутрішньоуніверситетської системи моніторингу як однієї з її складових. Досвід розбудови та функціонування системи якості освіти ЗДМФУ заслуговує на подальше використання та поширення, адже реалізація цих завдань забезпечує повноцінне провадження освітнього процесу на засадах та принципах об'єктивності, прозорості і публічності та демонструє високі показники ефективності навчання навіть в умовах воєнного часу.

THE DRUG WORKED FOR ME

Jacob Stegenga

*PhD, Professor in the Department of History and Philosophy of Science
at the University of Cambridge*

Imagine: a physician prescribes a drug to a patient, and in the following weeks or months the patient's symptoms change; perhaps they improve. The patient might think "the drug worked for me", and the physician might infer that too. Are such inferences reliable? The evidence-based medicine movement says no: first-person anecdotes and clinical expertise are unreliable forms of evidence when evaluating the general effectiveness of drugs, says evidence-based medicine. Yet some physicians and philosophers support such appeals to first-person experience, and people very often make the worked-for-me inference. We develop a formal model and simulate causal inference based on clinical experience. We conclude that in very particular clinical scenarios such inference can be reliable, while in many other routine clinical scenarios such inferences are not reliable. Specifically, if diseases are at least moderately placebo-responsive or have at least a moderate natural course of improvement, then worked-for-me inferences are unreliable. Such inferences are particularly problematic, then, for psychiatry.

TAKING THE MEASURE OF PUBLIC TRUST

*Brian Baigrie,
Associate Professor, The Institute for the History and Philosophy of Science and Technology,
The University of Toronto;
Associate Professor, Institute of Health Policy, Management and Evaluation,
Dalla Lana School of Public Health, The University of Toronto*

There is a growing consensus among academics and commentators that public trust in science is at a low ebb across a range of issues of public concern, from the contribution of human activity to climate change to the safety of vaccines and the effectiveness of public health interventions during the Covid-19 pandemic (Gowande 2016, Parikh 2021, Contessa 2021). Surveys suggest that the public is more divided now than before the pandemic (Bardosh et al 2022), especially among disadvantaged socio-economic groups (Wu et al 2022). This paper focuses on the erosion of trust in public health, understood as any governmental health agency that affects the health of the public through collective actions (Dawson and Verweij 2007; Coggon 2023), which is deeply concerning given that support for public health interventions is essential for the achievement of public health goals (Sachs et al 2020) and the resilience of health systems.

The overall objective of my ongoing research is to develop a framework for public trust that is ethically and theoretically grounded to help distinguish the salient issues of trust, facilitate the validity of its measurement, and provide a roadmap for the identification of steps that are needed to rebuild trust in public health. This paper will address the question, “what is public trust,” and outline a conceptual model of public trust that is fit for the narrowly focused goals of public health and distinct from other expressions of trust (e.g., trustfulness, generalized inter-personal trust, institutional trust) that are often conflated with public trust in studies of this trust relationship.

What is public trust? The public may very well trust one social entity (e.g., the Ontario Medical Association) and not another (the Ontario Covid-19 Science Advisory Table). By the same token, the public may very well support one public health intervention and not another (as measured statistically, for example, by the uptake on vaccines and subsequent boosters evidenced by differing measures of adherence to public health recommendations). If we are to facilitate the validity of the measurement of public trust and provide a roadmap for the identification of steps that are needed to rebuild trust in public health, it is essential that we first identify the components of public trust.

Trust is a foundational component of any relationship and, further, that for the mutual benefit of a scientific endeavour, and those who support it, trust is essential (Parikh 2022). Trust is a malleable concept, however, that is framed in two distinct ways, both within the public health literature, and in the wider humanities and social sciences literature: Trust can be framed as

(A) An intrinsic property of a trustor; e.g., the trustfulness or prosociality of this or that individual, group, or population (standard survey question: “Do you think that people are trustworthy?”). Or trust can be framed as

(B) An extrinsic or relational property of a trustor and trustee; e.g., the trust placed by an individual or group in other individuals or groups. (e.g., “I do not trust the police”; “members of immigrant groups do not trust public health”)

Relational trust (B), in turn, can be conceptualized as a two-place relation between (B1) trustor and trustee in the absence of a particular object of trust (as in the famous last words, “I trust my business partner unconditionally.” Or relational trust can be framed as

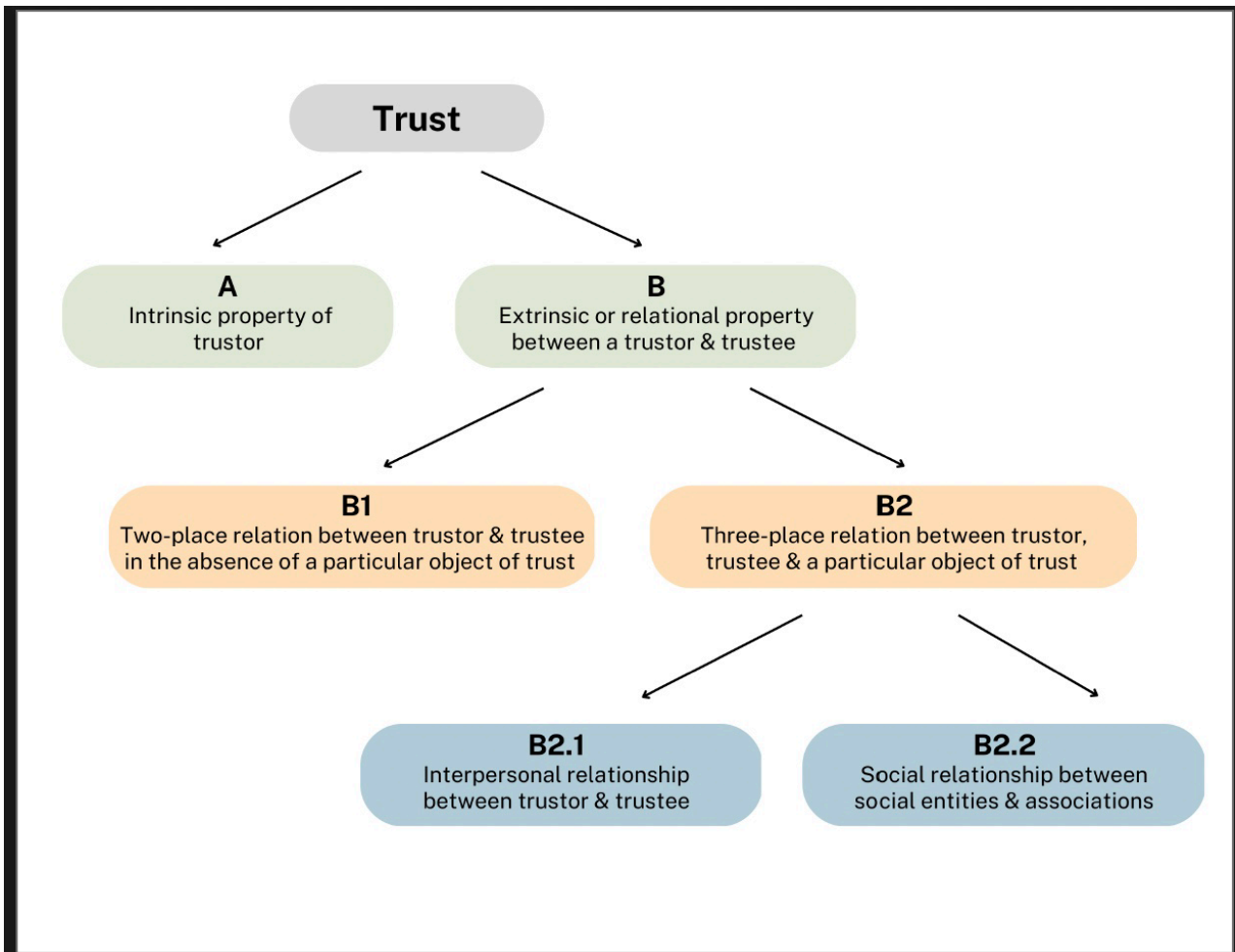
(B2) A three-place relation between a trustor, trustee, and a particular object of trust, such as an action, state of affairs, or a set of propositions (Dormandy 2020: 1-2). (E.g., “I trust my son not to throw away the money I spent on tuition at university;” “the public does not trust the Federal government to take appropriate steps to curb gun violence”)

Finally, the trust relationship (B2) can be modelled as follows:

(B2.1) An interpersonal relationship between a trustor and a trustee, whether this be between a patient and a healthcare provider or between a person and a social entity, such as a community, institution, The World Health Organization, etc. (“I trust that my surgeon has the skill to recess my benign tumor”; “I trust that the University of Toronto will divest itself of morally reprehensible investments”).

Or (B2) can be modelled as

(B2.2) A social relationship between social entities, such as cultural, political, religious, ethnic groups and associations, etc. (the social model of the trust relationship). (“Mistrust of government markedly is higher among groups who have migrated to Canada in recent memory than it is among groups who have been here for many generations”).



In step with the standard in clinical bioethics, the trust relationship is modelled in the public health literature as (B2.1) an interpersonal relationship between an individual and a social entity (Larson 2018: 1599). There is significant overlap between the interpersonal and social models of the trust relationship, notably, both conceptualize trust as a dependency of some sort; that is, as a performance expectation. This expectation is not a mere reliance but rather a normative expectation of a positive performance of a particular kind from a trustee; i.e., an individual or a social group might place trust in the Public Health Agency of Canada but not the federal government (or a para- government/para-public health organization, such as The Ontario Covid-19 Science Advisory Table), and vice versa.

However, there are important differences in the two models (B2.1, B2.2) of the trust relationship. Interpersonal trust is based on immediate, first-hand experience of other individuals and social entities and to some extent, at least, involves a voluntary decision made by individuals or members of social groups independently of one another. In this respect, interpersonal trust is an expression of trusting personalities, often conceptualized in cognitive terms as the trustor's beliefs or attitudes about perceived virtues of the trustee

(e.g., integrity, competence, expertise, and so forth). Social trust, in contrast, is cultured indirectly, usually through education and social discourse but also through the historical legacy of trust/mistrust due to past interactions with social entities (Halbert et al, 2006). Social trust is not a relationship of trust where members of social groups voluntarily make decisions independently of one another.

The framework that I am developing in my own work is that public trust is a form of social trust (B2.2), which is based on the trust relationship between the public, understood in the appropriate political sense as all the people of a country, province (state), or municipality and a social entity, understood in the socio-legal sense as an association, cooperative, organization, or agency that carries out social services. The trust literature is infused with the assumption that the trust relationships require an active choice on behalf of the trusting party (Larson 2018: 1599), but a public that trusts a social entity is not necessarily one whose members have explicit attitudes or beliefs about the trustworthiness of this social entity (Goldman 2001: 90). It is a public, rather, that collectively depends on a social entity to inform public decision-making based on positive and specific performance expectations with respect to the public good. A public that trusts

a public health agency is one that collectively depends (i.e., is comfortable in delegating responsibility) on the competence, expertise, and social responsibility of that agency to settle such questions as the safety of vaccines and the most effective strategy to manage a public health emergency that impacts the collective health of the population.

This dependency is standardly portrayed in epistemic terms as a dependency on the integrity, competence, and reliability of public health decision-making and its deployment of the science that is brandished as the epistemic foundation for public health interventions (Larson 2018; Wu et al, 2022), whereby ‘expertise’ is understood as scientists who have (or claim to have) a superior quantity or level of knowledge in some domain and an ability to generate new knowledge in answer to questions of concern to the public (Goldman 2001: 91). Although the public health literature tends to frame public resistance to public health interventions in procedural terms as a failure to be transparent about decision-making (Venkatapuram 2023), one of the distinguishing features of the conceptual model of public trust outlined in this paper is listing social responsibility (understood in social-political terms) as a non-epistemic performance expectation. A guiding assumption of this conceptual model is that members of the public (and policymakers) do not want to depend on public health interventions that are shaped by moral and social values that they do not support (Rolin 2021: 513).

This model gives us a perspective to critically examine several concepts that are frequently conflated in extant conceptual models of the trust relationship between the public and a social entity, notably, reliance, compliance, and cooperation. It is noteworthy that a recent systematic review on trust in vaccines published just prior to the pandemic, which surveyed more than 27,000 articles, found that only a handful included the concept of trust within its primary research question (Larson 2018; Bardosh 2022). Further, where the concept of trust was rolled into extant studies, the definition of trust was left implicit, testifying that a thorough understanding of trust as it relates to public health is under-researched. The most concerning of these related concepts is compliance, which is widely used as a proxy for trust in the public health literature. Compliance is a form of behavior that accords with regulations that carry a penalty for acts of omission (Wu et al, 2022; Sachs 2020). During the Covid-19 pandemic in the Canadian context, penalties for non-compliance included loss of employment, macro-social ostracism, and the fining/legal prosecution of persons who publicly rejected public health mandates. Compliance under government authorized mandates is not a proxy for public trust, though it may very well be the case that segments of the population would have complied with mandates for any number of reasons (fear, the exercise of precaution, concerns about ostracism and shaming, etc.) even if these public health interventions took the form of less coercive measures (i.e., recommendations). The public uptake in Canada of the two-dose vaccine regimen at 82% was positioned by the Public Health Agency of Canada as a measure of the public’s confidence in public health’s management of the pandemic. However, once mandates were relaxed, the uptake on boosters sagged to the pre-pandemic level of the seasonal flu shot at around 24%.

A central issue for any model is evaluating whether it is fit for its intended purpose. For the conceptual model outlined in this paper, the task will be to demonstrate that the model is fit for its intended purpose of providing answers to questions that are pressing if public health is to rebuild trust in science. A model that is fit for this purpose will produce output that is desired, namely, a measure of public trust that can be deployed as a benchmark against which to determine (a) different measures of social trust (i.e., this or that social group) with respect to public health interventions, and (b) shifts in measures of public trust with respect to changes to public health interventions. In doing so, it will fill a gap in the public health literature: to date, there are no systematic studies that examine changes in levels of public trust, either following an intervention or over the course of a pandemic. A framework will give us the tools to understand how to think about trust, and that framework will provide public health a means to target the salient features so as to build trust.

In closing, I would ask you to consider the steps that are needed to be taken to build (or perhaps rebuild) trust in public health. This trust relationship is not blanket, so a roadmap for building trust will consist of baby steps, one for each public health issue that is of concern to the public. As discussed earlier, the public may trust the decision-making with respect to allocation schemes that give priority to healthcare professionals but may be concerned that the working definition of ‘harm’ in decision-making with respect to the deployment of coercive measures, such as lockdowns, is so narrowly focused on health systems resilience that the harm to the public outweighs the narrow calculation of benefit. Public health needs to build trust in individual claims through engagement with segments of the public that will, in turn, translate into greater trust in public health as an institution.

An important component of a roadmap is the public's perception of the trustworthiness of public health, which is standardly conceptualized in purely epistemic terms as the public's perception of the competence, expertise, and integrity that informs public health decision-making. Earlier on I added a layer to this performance expectation that is absent in public health's narrow focus on metrics (mortalities, morbidities, hospitalizations) that threaten the resilience of health systems. This expectation, which is absent in accounts of trustworthiness is the non-epistemic performance expectation that public health will act in a socially responsible way.

Social responsibility is not a univocal concept. The diversity of social entities suggests that there are many ways for a social entity to be responsible to society. Nevertheless, we can presume that a socially responsible public health agency is one that seeks to balance the value public health places on its narrowly focused metrics (fatalities, morbidities, hospitalizations) with the public's moral and social values. Throughout the pandemic, the justification for public health interventions was restricted to reminders of the trustworthiness of public health framed in epistemic terms as the expertise, competence, and integrity of public health decision-making. While public health was "following the science" (very disconcerting given that different public health agencies were in open disagreement about what the science says), there is no persuasive evidence that public health attempted to balance its systemic values with the public's moral and social values.

References

- Bardosh K., de Figueiredo, A., Gur-Arie, R., et al. 2022. "The Unintended consequences of COVID-19 Vaccine Policy: Why Mandates, Passports and Restrictions may Cause more Harm than Good." *BMJ Global Health* 7: e008684.
- Brankson et al. 2021. "Socio-demographic Disparities in Knowledge, Practices and Ability to comply with COVID-19 Public Health Measures in Canadas." *Canadian Journal of Public Health* 112.3: 363-375.
- Coggon, John. 2023. "The Public in Public Health." In In Sridhar Venkatapuram and Alex Broadbent (eds.), *The Routledge Handbook of Philosophy and Public Health*. London: Routledge, pp. 11-26.
- Contessa, Gabriele. 2021. "It Takes a Village to Trust Science: Towards a (Thoroughly) Social Approach to Public Trust in Science." *Erkenntnis*: 1-26.
- Dormandy, Katherine. 2020. "Introduction: An Overview of Trust and Some Key Epistemological Applications." In Dormandy (ed.), *Trust in Epistemology*. London: Routledge, pp. 1-40.
- Gawande, Atul. 2016. "The Mistrust of Science." *The New Yorker*. <https://www.newyorker.com/news/news-desk/the-mistrust-of-science>
- Goldman, A. 2001. "Experts: Which Ones Should You Trust?" *Philosophy and Phenomenological Research* 63.1, 85–109.
- Halbert, C. H., Armstrong K., Gandy O. H., and Shaker. L. 2006. "Racial Differences in Trust in Health Care Providers." *Archives of Internal Medicine* 166.8: 896–901.
- Impact and Innovation Unit, Privy Council Office. 2022. "COSMO Canada Survey," [Online]. Available: <https://impact.canada.ca/en/cosmo-canada>
- Larson, Heidi J., Clarke, Richard M., Jarretta, Caitlin, et al. 2018. "Measuring Trust in Vaccination: A Systematic Review." *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 14,7: 1599- 1609.
- Parikh, Sudip. 2021. "Why We Must Rebuild Trust in Science." *PEW Charitable Trust*. <https://pew.org/2MoiYIW>
- Sachs, Jeffrey D., Abdool Karim, Salim S., Atnin, Lara, Allen, Joseph, Brosbøl, Kirsten, Colombo, Francesca. 2020. "The Lancet Commission on Lessons for the Future from the COVID-19 Pandemic." *The Lancet* 400.10359: 40-63.
- Verweij, Marcel and Dawson, Angus. 2007. "The Meaning of 'Public' in 'Public Health.'" In In Angus Dawson & Marcel Verweij (eds.), *Ethics, Prevention, and Public Health*. Oxford: Clarendon Press.
- Wu, Cary, Bierman, Alex, Schieman, Scott. 2022. "Socioeconomic Stratification and Trajectories of Social Trust During COVID-19." *Social Science Research* 108: 102750.

СУЧАСНІ МОДЕЛІ ЗДОРОВ'Я В СОЦІОЛОГІЧНОМУ КОНТЕКСТІ

Пустовіт Світлана Віталіївна
д.філос.н., професор, професор кафедри
фундаментальних дисциплін та інформатики
НУОЗ України імені П.Л. Шупика

Медицина реформа в Україні та досвід боротьби з пандемією COVID-19 актуалізували перегляд обсягу прав та зобов'язань пацієнта у сфері надання медичних послуг, актуальність формування нової суб'єктності пацієнта, розробку сучасних, адекватних глобальним викликам, концепцій здоров'я. В цьому контексті важливого значення набуває дослідження філософських, теоретико-методологічних, наукових підходів до розуміння *здоров'я та хвороби* крізь призму соціальної суб'єктності пацієнта, формування різноманітних соціальних відносин, міжособистісного простору, соціальних мереж.

Соціальна суб'єктність пацієнта, його активна участь в соціальних стосунках у справі «боротьби» з хворобами та зміцненні свого здоров'я, є одним з важливих критеріїв успішності надання медичних послуг в умовах єдиного медичного простору. Іноді цей феномен визначають (з боку медицини як соціального інституту) як пацієнто-центричність, маючи на увазі забезпечення пацієнтів допомогою, що відповідає їх індивідуальним потребам та цінностям, гарантує збереження суб'єктності у прийнятті клінічних рішень.

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

Позиція даних соціологів (з певними варіаціями) зводиться до того, що соціальна суб'єктність, способи життя, матеріальне, технічне і цивілізаційне оточення людини будується на міжособистісних відносинах та їхніх мережах [1, с. 310]. А усі великі системи під назвою *суспільства*, є нічим іншим як результатом прямих *взаємин між індивідами*, що «відбуваються завжди і невинно, увічнені у вигляді впізнаних форм та структур» [1, с. 39]. Тому ключем до пізнання соціального блага є суб'єктивні відчуття та досвід індивіда, якій перебуває разом з іншими у світі повсякденного життя (життєсвіті).

Однією з різновидів повсякденних людських стосунків є стосунки з лікарями та іншим медичним персоналом, саме в цьому нормативно-ціннісному просторі міжособистісних (етичних, моральних та правових) інтеракцій формуються уявлення про норми та цінності здоров'я та хвороби, але не обмежуються виключно ними. Тому, на нашу думку, історичні донаукові та наукові концепції «здоров'я-хвороби» можна розглядати з погляду втілення цінностей повсякденного інтерсуб'єктивного життєсвіту пацієнта, його переживань та досвіду, сенсів та ціннісних уподобань, набутих у спілкуванні з іншими (іншими пацієнтами, друзями, рідними, аптекарями, лікарями).

Різнманітні елементи суспільних відносин дуже важливі, вони мають екзистенційне, онтологічне значення для людського життя – культурні сенси, розпізнавання іншого, ситуація (контекст), ідентифікація партнера, очікування та наміри щодо партнера, ініціювання дій, «кар'єра» (історія) спільних дій, спільні емоції.

В 20-му столітті, намагаючись визначити теоретичне підґрунтя своїх поглядів на феномен «здоров'я-хвороби», дослідники розділилися на *натуралістів* і *нормативістів*.

В основі поглядів перших – методологічний принцип натуралістичного редукціонізму, згідно з яким вищі форми матерії – здоров'я та хвороба можуть бути повністю пояснені на основі закономірностей, властивих нижчим формам – фізіологічним та біологічним процесам в організмі.

Нормативісти, навпаки, вважають, що в основу понять здоров'я-хвороба є соціокультурний конструкт, він залежить від історичних типів соціуму, культури, міфологічної свідомості, стилів наукового мислення, форм та методів людського пізнання природи. Також відомі і холістичні або гібридні моделі «здоров'я-хвороби», які поєднують елементи двох перших підходів.

Сучасні моделі «здоров'я-хвороби», на нашу думку, необхідно розглядати з точки зору повсякденного інтерсуб'єктивного життєсвіту пацієнта, його переживань та досвіду, сенсів та ціннісних уподобань, набутих у спілкуванні з іншими. Повсякденний інтерсуб'єктивний життєсвіт нівелює протилежність об'єктивності медичної науки та суб'єктивності пацієнта, наближає медицину як соціальний інститут до пацієнта, посилює її пацієнто-центричність, дозволяє розглядати медичну практику як незавершену, відкриту для інновацій та зміни конфігурації.

Світ повсякденного життя – це сукупність переживань та дій суб'єкта, якій реалізує свої наміри та інтереси через контакти з оточенням, з іншими людьми [1, с. 44]. Самореалізація особистості, досягнення своїх цілей, задоволення потреб та інтересів можливі лише в міжособистісному просторі завдяки численним інтеракціям між людьми. Серед інтеракцій домінують розмови, а серед розмов ті, що мають автотелічний характер.

Життєвий і практичний досвід пацієнта, його близьких та друзів, всіх, до кого він звертається задля терапевтичних цілей, особистісно забарвлені уявлення і переживання пацієнта, сновидіння і несвідомі страхи, моральні виміри особистого життя, внутрішня картина хвороби, фізичні вправи, унікальні *експерименти і духовні практики*, що мають місце в житті кожної людини – все це і багато іншого є обґрунтованою альтернативою існуючих в науковій медицині когнітивно-дискурсивних, раціоналізованих наукових практик.

В 20-му столітті значною мірою на формування сучасних явлень та моделей здоров'я - як поєднання біологічних, екологічних, ціннісних та інституціональних складових - вплинули *біоетика та валеологія*. Вони сприяли об'єднанню медичних та екологічних векторів здоров'я, акцентували увагу на важливості взаємодії цінностей медперсоналу та пацієнтів, індивідуальних та суб'єктивних вимірів здоров'я та хвороби, а також на правах пацієнта на автономію, свободу вибору та гідність у сфері надання медичних послуг.

Біоетична та валеологічна модель здоров'я базуються на тому факті, що здоров'я - це явище, не пов'язане виключно з медициною та медичними установами. Значною мірою здоров'я є результатом відповідальності пацієнта за реалізацію своїх життєвих стратегій, принципів і цілей. Ці моделі втілюють уявлення про життя особистості як гармонію її тілесного, фізичного, психічного, морального, духовного і соціального вимірів, що реалізується на рівні різноманітних біоетичних прав людини (в тому числі, права на здоров'я та хворобливі стани). Вірність своїм переконанням, гідність та свобода вибору для особистості можуть бути більш важливими, ніж факт біологічної норми та здоров'я як блага у контексті медичного дискурсу.

Сьогодні ми є свідками формування взаємозв'язків між історією і повсякденністю, публічною і приватною сферами, політичним і соціальним, соціальними інститутами і «соціальною реальністю» у сфері надання медичних послуг. Приватне, рутинне, повсякденне перетворюється на центр протидії владі соціальних інститутів, державних бюрократичних структур, постає стратегією та тактикою, дозволяє протистояти раціоналізованим науковим підходам.

Список використаних джерел

1. Штомпка П. Соціальний капітал. Теорія міжособистісного простору. Київ: Дух і Літера, 2016. 400 с.

ОСТЕОПЕНІЯ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ – АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА СУСПІЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я СЬОГОДЕННЯ

Цимбал Анна Юріївна

Асистент кафедри дитячих хвороб

Білих Варвара Миколаївна

Асистент кафедри дитячих інфекційних хвороб

Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

У світі частота передчасних пологів зростає, становлячи 11% від усіх пологів, що відбуваються до 37-го тижня вагітності. Виживаність недоношених дітей продовжує підвищуватися як у розвинених, так і в країнах, що розвиваються, завдяки технічним можливостям та якісній допомозі недоношеним дітям. Однак популяція передчасно народжених дітей з малою вагою тіла залишається під великим ризиком розвитку метаболічної хвороби кісток (МХК), відомої також як остеопенія недоношених дітей. Передчасні пологи переривають фізіологічний шлях розвитку плода, який відбувається під час третього триместру вагітності. Недоношені діти піддаються впливу середовища, яке відрізняється від середовища матері, тому їм потрібно більше мікро- та макро- елементів для підтримки метаболічного гомеостазу кісткової тканини. Водночас перенесення болю або перебування в стресових умовах, а також соціокультурні особливості сім'ї, є значущими факторами

для виходжування недоношених дітей з остеопенією. Ключовою ідеєю сімейно-орієнтованого догляду є твердження, що саме сім'я є стійкою константою в житті немовляти, виступаючи джерелом сили та підтримки.

Розумно розглядати остеопенію як складний процес з численними факторами ризику, до яких відносяться гестаційний вік та низька вага при народженні, вплив лікарських засобів, зміни концентрацій мінеральних речовин, іммобілізація внаслідок віку дитини, тривале парентеральне харчування та затримка введення повноцінного ентерального годування. Всі ці аспекти, як частини зв'язків, формують концепцію "етіологічного рівня захворювання", де вплив факторів і характеристики організму передчасно народжених немовлят взаємодіють у формуванні цієї патології.

Оскільки не існує загальноприйнятого визначення, частота МХК значно відрізняється в різних дослідженнях. Захворюваність оцінюється в 20-30% у немовлят з дуже низькою масою тіла і 50-60% у немовлят з надзвичайно низькою масою тіла при народженні. Клінічні прояви цього захворювання є неспецифічними, включаючи низький набір маси тіла та сповільнення швидкості росту, признаки рахіту, можливість переломів, які можуть проявлятися лише при взятті на руки, та розлади дихання, які можуть включати тривалу використання апарата ШВЛ через слабкість дихальних рухів. Проте стан кісткової тканини у дитини є важливим показником загального розвитку, функціонального статусу та загального здоров'я, що вимагає своєчасної оцінки та профілактики патологічних змін.

Методи неінвазивного та безпечного моніторингу щільності кісткової тканини відіграють важливу роль у ранньому виявленні та прогнозуванні метаболічних захворювань у новонароджених. На сьогоднішній день, оцінка щільності кісток у передчасно народжених дітей за допомогою ультразвукової денситометрії є безпечним методом, проте обмежена доступність обладнання ускладнює проведення таких досліджень.

Важливо враховувати, що перші три роки життя дитини визначають критичний період для формування генетично програмованого піка кісткової тканини. Несвоєчасна діагностика метаболічних порушень в цьому віковому періоді може призвести до необоротних змін у скелеті, розвитку юнацького остеопорозу. Тому важливо підкреслити значення усвідомлення батьків щодо наслідків метаболічних захворювань кісток. Ця проблема виходить за межі лише медичного аспекту, перетворюючись на складну психологічну та соціально-економічну проблему для родини.

Ефективна стратегія профілактики, раннє визначення факторів ризику, застосування уніфікованих діагностичних алгоритмів і використання сучасних неінвазивних технологій можуть сприяти покращенню стану кісткової тканини та зменшенню поширеності остеопенії та пов'язаних захворювань. Ці заходи мають потенціал зменшити витрати на охорону здоров'я, пов'язані з цими хворобами.

У філософському контексті наукових знань та пізнавальної методології, аналіз сучасних медичних даних вказує на те, що сучасний етап розвитку медицини у контексті остеопенії передчасно народжених дітей відзначається переходом від емпіричного до раціонального рівня наукового пізнання. Збір та накопичення інформації про клініко-лабораторні особливості кісткового метаболізму новонароджених стали надійною основою для подальшого синтезу та узагальнення наукових досліджень. Цей етап дозволяє сформувати єдиною основою протоколи та формуляри для систематизації і аналізу інформації, спрямованих на своєчасне виявлення, попередження та ефективне лікування хворих з метаболічними захворюваннями кісток у передчасно народжених дітей.

Таким чином, впровадження сімейно-орієнтованого підходу у діагностиці та лікуванні захворювань кістково-м'язової системи є важливим кроком у сфері охорони здоров'я. Фізичне відокремлення та психологічна вразливість матері можуть ускладнювати ці процеси. З огляду на те, що формування афективних зв'язків обумовлено близькістю батьків та дитини, їх вільний доступ до немовляти безумовно є необхідним для успішного відновлення.

СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКІ ВИКЛИКИ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ ВІЙНИ ТА НОВОЇ РЕАЛЬНОСТІ

*Бойко Анжела Іванівна
Доктор філософських наук, професор
Завідувач кафедри філософських і політичних наук
Черкаський державний технологічний університет*

Доповідь ставить за мету визначити теоретико-методологічні аспекти філософії медицини у контексті XXI століття. Сучасні виклики в галузі охорони здоров'я вимагають нових підходів та глибокого розуміння філософських аспектів медичної науки. Перш за все, важливо зрозуміти, що філософія медицини виступає не лише як теоретична дисципліна, але й як ключовий інтелектуально-науковий проект. Вона ставить перед собою завдання розкрити фундаментальні принципи, на яких ґрунтується сучасна медична наука. XXI столітті ми спостерігаємо стрімке розширення можливостей медичних технологій, але разом із цим виникають етичні та соціокультурні питання. Філософія медицини має сприяти розвитку гуманістичних підходів, які дозволяють зберегти гідність пацієнта та підтримувати взаємодію між лікарем та пацієнтом. В сучасному науковому середовищі, де медична наука тісно пов'язана з іншими галузями, філософія медицини повинна розвивати міждисциплінарні підходи. Вона стає містком між клінічними дослідженнями, біологією, етикою та соціальними науками. Філософія медицини має ставити під сумнів і переосмислювати загальноприйняті концепції здоров'я та хвороби. Розуміння цих понять залежить від культурних, філософських та соціальних контекстів, і їх переосмислення може призвести до нових підходів у лікуванні та попередженні захворювань. Останні досягнення у галузі штучного інтелекту та технологій змінюють обличчя медицини. Філософія медицини повинна допомагати вирішувати етичні та методологічні питання, пов'язані з використанням ШІ в діагностиці та лікуванні.

Філософія медицини також зазнає світоглядних змін під час війни в Україні.

Війна, безперечно, є однією з найскладніших та найтривожніших ситуацій, які може змінювати здоров'я людини та суспільства. Вона ставить питання про сутність та значення здоров'я в умовах загрози та стресу.

Перш за все, давайте звернемо увагу на поняття здоров'я у філософському контексті. Здоров'я є важливим аспектом гармонійного та повноцінного життя. Фізичне та психічне благополуччя є основними складовими щастя і самореалізації людини. Філософія здоров'я визначає, яким чином ці аспекти взаємодіють та впливають на загальний стан особистості. Здоров'я можна розглядати як гармонійний стан фізичного, психічного та соціального благополуччя. Поняття здоров'я пов'язане з гідністю людини. Збереження та покращення здоров'я дозволяє кожній особі розкрити свій потенціал, вносячи власний вклад у суспільство. Філософія здоров'я розглядає цю взаємодію та роль здоров'я у визначенні гідності особистості. Поняття здоров'я також пов'язане з соціальною справедливістю. Нерівності у доступі до медичних послуг та ресурсів можуть впливати на загальний стан суспільства. Філософія здоров'я висвітлює важливість забезпечення всіх громадян рівним доступом до здоров'я та медичної допомоги. Здоров'я людини має можливість вести активний та продуктивний спосіб життя. Це важливо не лише для самоособистлення, але й для внесення вкладу у розвиток суспільства. Філософія здоров'я вивчає, як збереження здоров'я впливає на особистий розвиток та сприяє формуванню активної громадянської позиції.

У воєнний час це поняття набуває особливого важливості, оскільки стає загрозою не лише для індивіда, але і для всього суспільства.

Воєнні конфлікти створюють серйозні виклики для здоров'я, і це не тільки фізичні травми. Стрес, психологічний тиск, втрати близьких – все це впливає на загальний стан здоров'я людини. Філософія здоров'я повинна розглядати не лише аспекти лікування, але й стратегії психологічної підтримки та реабілітації.

Важливо враховувати етичні аспекти в галузі медицини та здоров'я під час воєнних конфліктів. Інколи лікарі знаходяться перед вибором між обов'язком допомогти пораненому та можливістю стати об'єктом атаки. Філософія здоров'я повинна розглядати етичні засади в умовах війни та визначати найбільш гуманні підходи.

У воєнний період здоров'я стає важливим ресурсом для держави. Збереження фізичної та психічної працездатності громадян стає стратегічною метою. Філософія здоров'я в контексті війни повинна допомагати розробляти ефективні стратегії управління цим важливим ресурсом.

В заключенні, важливо визначити, що філософія здоров'я під час війни повинна розвиватися в напрямку інтеграції наукових досліджень, практичних досвідів та глибокого розуміння людського досвіду в умовах конфлікту. Тільки так ми зможемо розробляти ефективні стратегії для збереження здоров'я та благополуччя в умовах війни.

Список використаних джерел

1. Біланов О.С. Філософські підходи до розуміння категорій «здоров'я/хвороба». Міжнародний журнал інноваційних технологій в соціальних науках, (4(25), 2020, с. 8-11. https://doi.org/10.31435/rsglobal_ijitss/31052020/7055
2. Здоров'я, медицина та філософія: стратегії виживання в умовах ковідної реальності / За наук. ред. Пустовіт С. В., Бугайової Н. М., Палей Л. А. – К.: Українська асоціація з біоетики, 2022. – 144 с.
3. Соціально-філософські та етичні проблеми медицини: Навч. посібник / За заг. ред. А. П. Алексеєнко, В. М. Лісового. — Харків: Колегіум, 2010. — 340 с.

ЛЮДВІК ФЛЕК: ВІД ІСТОРІЇ МЕДИЦИНИ ДО ФІЛОСОФІЇ НАУКИ

Сенетий Дмитро Петрович,

*д. філос. н., доцент, доцент кафедри суспільних дисциплін,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Львівський медик та філософ Людвік Флек у праці “Як постає та розвивається науковий факт” (Fleck 1935 / Флек 2019) на основі дослідження розвитку медицини запропонував досить оригінальну концепцію розвитку науки, яка багато в чому випереджала деякі з пізніших концепцій, що стануть впливовими у філософії науки ХХ століття.

Головні поняття концепції Флека – “мисленнєвий стиль” (нім. Denkstil) та “мисленнєвий колектив” (нім. Denkkollektiv). Флек визначав мисленнєвий стиль як “[налаштованість на] спрямоване сприйняття, з відповідним ментальним та об'єктивним засвоєнням сприйнятого”, що “характеризується спільними рисами проблем, що являють інтерес для мисленнєвого колективу, судженнями, які мисленнєвий колектив розглядає як самоочевидні, та методами, які він застосовує як засоби пізнання” (Fleck 1979, 99). Мисленнєвий колектив являє собою спільноту науковців, об'єднаних спільним мисленнєвим стилем. Флек вважав, що саме мисленнєві колективи, а не окремі науковці, здійснюють розвиток науки.

Флек розвинув і обґрунтував свою концепцію розвитку науки через дослідження історії медицини. Напочатку своєї книги він зауважує, що “[е]пістемологія часто робить фундаментальну помилку: вона розглядає майже виключно добре встановлені факти повсякденного життя або класичної фізики як єдині, що є надійними й вартими дослідження” (Fleck 1979, ххvii). Натомість, Флек виходив із того, що “"більш недавній факт", відкритий не у давньому минулому і ще не вичерпаний для епістемологічних цілей, найкраще відповідає принципам неупередженого дослідження”, і особливо добре для цього підходить “медичний факт, важливість та застосовність якого є незаперечною”; тому за основу свого дослідження він обрав “один з найкраще встановлених медичних фактів: факт, що так звана реакція Васермана пов'язана з сифілісом” (Fleck 1979, ххviii). Тож головним чином Флек пояснював і обґрунтовував свою концепцію розвитку науки на основі тематичного дослідження (case study) формування сучасного концепту сифілісу та відкриття реакції Васермана. Прослідковуючи цей розвиток, Флек описує розвиток концепту сифілісу від моменту його появи у Європі у ХV столітті. Спочатку його сприймали як пошесть, що є карою за гріхи; згодом, з появою перших методів лікування, концепт сифілісу стали розуміти через асоціацію з цими методами; ще пізніше сформувався більш наукове поняття на основі ідентифікації агента, що його спричиняє. Відкриття реакції Васермана Флек розглядає як зумовлене давніми містико-етичними уявленнями про “погану кров”, які трансформувалися у наукові з відкриттям у крові агента хвороби.

Хоча концепція Флека була розвинена на основі матеріалу з історії медицини, вона претендує на загальну застосовність до всієї науки. Зокрема, вона може застосовуватися до дослідження найбільших наукових революцій ХХ століття, Айнштайнівської та квантово-механістичної революцій у фізиці, що були в центрі філософії науки ХХ – початку ХХІ століть. Томас Кун у вступі до “Структури наукових революцій” писав, що праця Флека випереджала численні його ідеї та

спонукали його “усвідомити, що ці ідеї, можливо, слід розглядати в рамках соціології наукового співтовариства” (Кун 2001, 8). Сучасний польський філософ Войцех Садий здійснив комплексне історико-філософське дослідження Айнштайнівської та квантово-механістичної наукових революцій безпосередньо в руслі концепції Флека (Sady 2020).

Тож філософські ідеї Людвіка Флека не лише представляють значний історико-філософський інтерес, але й впливають на розвиток сучасної філософії науки, а їх інтеграція в процес викладання історії медицини, філософії медицини та філософії науки у медичних ЗВО сприятиме збагаченню цих курсів.

Список використаних джерел

1. Кун, Т. (2001). Структура наукових революцій. Київ: Port-Royal.
2. Флек, Л. (2019). Як постає та розвивається науковий факт. Вступ до вчення про мисленнєвий стиль і мисленнєвий колектив. Чернівці: Книги-XXI.
3. Fleck, L. (1935). Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache: Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. Basel: Beimo Schwalbe & Co.
4. Fleck, L. (1979). Genesis and development of a scientific fact. Chicago and London: University of Chicago Press
5. Sady, W. (2020). Struktura rewolucji relatywistycznej i kwantowej w fizyce. Kraków: Universitas.

ГЕОРГ КОРИТАРІ (1772–1810) ТА ФІЛОСОФІЯ МЕДИЦИНИ У ХАРКОВІ

*Абашик Володимир Олексійович
доктор філософських наук, професор,
професор кафедри філософії та суспільних наук,
Харківський національний медичний університет*

Вивчення взаємозв'язків між медициною та філософією як перших кроків до майбутньої філософії медицини в Східній Україні було тісно пов'язане з заснуванням Харківського університету 5(17) листопада 1804 р., де серед чотирьох відділень (факультетів) також було відкрите відділення (факультет) «лікарських та медичних наук». У початковий період на вакантні посади професорів та викладачів всіх факультетів було запрошено багатьох іноземців [2]. Зокрема на посаду професора кафедри фармакології в 1805 р. було запрошено доктора медицини Георга Корітарі, котрий за короткий період своєї викладацької та наукової діяльності в Харкові зробив вагомий внесок у майбутнє становлення філософії медицини в Харківському університеті [3, S. 114].

Георг Корітарі народився 6 квітня 1772 р. в місті Крупіна (сьогодні Словаччина, тоді м. Корпона, Угорщина), де також закінчив місцеву гімназію (1795). Після цього він слухав лекції з медицини у різних німецьких університетах (Ляйпціг, Віттенберг, Галле), а з 30 листопада 1798 р. стає студентом медичного факультету Йенського університету. Серед його вчителів-медиків були такі відомі професори, як Х.В. Гуфеланд, Ю. фон Лодер, Й.Х. Штарк. Крім цього, Георг Корітарі в Йені відвідує філософські лекції Й.Г. Фіхте та Ф.В.Й. Шеллінга [1]. Особливо натурфілософські лекції та твори Шеллінга виказали широкі впливи на формування його майбутньої наукової позиції. Також Георг Корітарі пройшов медичну практику у Бамберзі у відомих лікарів - Андреаса Рьошлауба (1768–1835) та Адальберта Фрідріха Маркуса (1753–1816), котрі в свою чергу перебували в наукових дискусіях з Шеллінгом та його прихильниками [4; 5].

В 1801 р. Георг Корітарі продовжує стажування на медичному факультеті у Віденському університеті (Австрія), де 15 червня 1801 р. захищає докторську дисертацію з медицини. Вже 22 червня 1801 р. у Відні він витримав магістерський іспит з офтальмології, після чого спочатку працював лікарем у м. Банська Штявниця (Словаччина), а в 1802–1804 рр. викладав медицину в університеті Пешт (Угорщина). Восени 1804 р. Георг Корітарі отримує запрошення із Харківського університету на вакантну посаду «професора загальної терапії» та приймає рішення переїхати до України. Уже після приїзду він очолив кафедру фармакології, а в 1807–1810 рр. також був деканом медичного факультету.

Головною науковою публікацією Георга Корітарі під час його «Харківського періоду» була святкова промова «Про зв'язок вивчення медицини з вивченням філософії» (1807), яка вийшла у збірці професорських промов та окремим виданням [6]. В цій праці харківський професор апелював до натурфілософії Шеллінга, зокрема до його ранньої праці «Ідеї до філософії природи» (1797) [7].

При цьому Георг Коритарі наголошував на необхідності поєднання емпіричного та філософського методів дослідження природи. Емпіричний метод (спостереження, аналогія, індукція тощо) дає відповідь на питання: «Що відбувається?». Натомість філософський метод надає відповідь на питання: «Чому саме так відбувається?» На підставі цих роздумів харківський медик приходив до висновку про ключову роль «істинної філософії» при вивченні медицини [6, р. 9–10].

У даному відношенні необхідно згадати, що подібні думки виказували на початку 19-го сторіччя різні науковці в Західній Європі, зокрема й в Німеччині, які під впливом натурфілософії Шеллінга займалися проблемами взаємовідносин між медициною та філософією, прокладаючи шлях до майбутньої філософії медицини. У цьому сенсі можна назвати також дві монографії: «Філософія медицини» (Берлін, 1808) Й.Х.А. Громанна та «Філософія медицини» (Франкфурт на Майні, 1809) Ф.Й. Шельвера. Саме у цьому контексті розвивав свої думки Георг Коритарі у Харкові на початку 19-го століття.

В якості основного висновку слід вказати на те, що харківський професор Георг Коритарі в своїй праці «Про зв'язок вивчення медицини з вивченням філософії» (1807) виказав цікаві та важливі тези, сенс однієї із яких залишається актуальним й на початку 21-го століття, тобто, «...що вивчення філософії тісно пов'язане з вивченням медицини...» [6, р. 15].

Список використаних джерел

1. Abaschnik V. Johann Baptist Schad. *Naturphilosophie nach Schelling*. Hrsg. von Thomas Bach u. Olaf Breidbach. Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog, 2005. S. 563–593.
2. Abaschnik V.A. Kant und der Deutsche Idealismus in der Ukraine im ersten Drittel des 19. Jahrhunderts. Schwerpunkt: Johann Baptist Schad (1758–1834). Jena, 2002. 504 S.
3. Abaschnik V.A. Die Medizinische Fakultät der Universität Charkov und ihre Beziehungen zu Deutschland (1804–1920). „...so ist die Naturwissenschaft das wahre internationale Band der Völker“. *Wissenschaftsbeziehungen in Medizin und Naturwissenschaften zwischen Deutschland und dem Russischen Reich im 18. und 19. Jahrhundert*. Hg. von Ingrid Kaestner und Regine Pfrepper. Aachen: Shaker Verlag, 2004. S. 113–140.
4. Adalbert Friedrich Marcus (1753–1816): ein Bamberger Arzt zwischen aufgeklärten Reformen und romantischer Medizin. Hg. von Mark Häberlein, Michaela Schmölz-Häberlein. Würzburg: Ergon Verlag, 2016. 453 S.
5. Eine Wissenschaft im Umbruch: Andreas Röschlaub (1768–1835) und die deutsche Medizin um 1800. Herausgegeben von Mark Häberlein und Margrit Prussat. Bamberg : University of Bamberg Press, 2018. 264 S.
6. Koritary G. De nexu studii Medicinae cum studio Philosophiae. Charkoviae: Typis Universitatis, 1807. 15 p.
7. Schelling F.W.J. Ideen zu einer Philosophie der Natur. Erstes, zweites Buch. Leipzig: Breitkopf und Härtel, 1797. LXIV, 262 S.

БОРОТЬБА З ПИЯЦТВОМ НА ПІВДНІ УКРАЇНИ НАПРИКІНЦІ ХІХ – НА ПОЧАТКУ ХХ СТОЛІТТЯ: УСПІШНІ ПРАКТИКИ

Петрова Катерина Анатоліївна
канд. істор. наук, ст. викладач
кафедри новітньої історії України,
Запорізький національний університет

Глобальні суспільні зміни породжують перебудову звичного повсякденного життя людини, що завжди супроводжується стресом. У ці періоди особливо актуалізується питання надмірного споживання алкоголю серед населення. І якщо у випадку еустресу алкоголь є частиною святкування, то дистрес намагаються послабити дією алкогольних напоїв. Оманливе уявлення про цілющу силу алкогольних напоїв закладені в народних приказках: «Як горілку не п'ють, так і в світі не живуть», «Хто не п'є – той дурний, слабкий або велика падлюка» [1]. Міф про те, що алкоголь допомагає забути горе, подолати стрес та зняти втому, міцно вкорінився у свідомості українців та неодноразово призводив до проведення урядових антиалкогольних кампаній у 1920-х, 1950-х, 1970-х роках. Так само і сьогодні, в час тектонічних зрушень, можемо передбачити актуалізацію питання боротьби з пияцтвом на загальнодержавному рівні. У нагоді може стати історичний досвід та успішні практики реалізації антиалкогольних кампаній.

Найбільш цікавою з точки зору практик боротьби з пияцтвом є «антиалкогольна кампанія», що розпочалася у 1896 р. на півдні України, яка в той час входила до складу Російської імперії. З 1 липня 1896 р. запроваджувалася реформа казенної винної монополії, яка мала чітко означені завдання: 1) збільшити винні надходження до казни; 2) покращити якість міцних напоїв, в першу чергу горілки; 3) підвищити культуру вживання алкоголю серед населення. Саме для реалізації останнього завдання, паралельно з впровадженням казенної винної монополії, в кожній губернії сфери дії реформи засновувались попечительства про народну тверезість (далі – ПНТ).

Статут ПНТ проголошував основну мету установ – захистити населення від зловживання міцними напоями. Згідно зі статутом для реалізації поставленої мети ПНТ мали наглядати за дотриманням законодавчих норм під час продажу міцних напоїв; поширювати серед населення інформацію про шкоду непомірного вживання міцних напоїв, організувати проведення вільного часу поза питними закладами, для чого могли влаштовувати народні читання та співбесіди, складати та поширювати видання, що пояснювали шкоду зловживання алкоголем, відкривати чайні, народні читальні тощо; піклуватися про відкриття та утримання лікувальних притулків для тих, хто страждає алкоголізмом [8, с. 2–3].

Наголосимо, що статут жодним словом не вказував на необхідність викорінення пияцтва та алкоголізму в цілому, або хоча б безпосередньої боротьби з цими явищами. Відволікання народу від пияцтва – як основна мета попечительства – мала здійснюватись шляхом організації вільного часу населення. Так, ПНТ розпочали влаштування народних читань, чайних, їдалень, бібліотек-читалень, народних гулянь.

Народні лекції, бесіди та читання – це були одні з перших заходів, які взялися втілювати в життя активісти попечительства. Пояснювалося це, перш за все, мінімальними затратами. Приміщення під подібні заходи зазвичай безкоштовно надавала місцева влада. Наприклад, Одеський повітовий комітет ПНТ за участі Одеського земства за 1896 рік (попечительство почало діяти з осені 1896 року) організував народні читання з «тіньовими картинами» при 30 земських школах [4, с. 2].

Організували також чайні-читальні, коли читальня являла собою одну з кімнат чайної. Зазвичай в центрі знаходився великий стіл, на якому були розкладені газети і журнали, а вздовж стін розташовувалися шафи з книгами. Часто через брак коштів такі читальні обмежувалися лише газетами та журналами. Їх кількість коливалася в межах 15–20 назв. Послуги читалень були безкоштовними [7, с. 26].

Дещо пізніше відкрилися й бібліотеки. Приміщенням та частково літературою бібліотеки забезпечувала місцева влада, попечительства ж мали турбуватися про подальше поповнення літературою та виплату заробітної платні працівникам бібліотек. Популярність закладів наряду залежала від асортименту літератури, який удосконалювати було складніше, адже він був чітко регламентований [3, с. 2].

Влаштування чайних та їдалень передбачало більше затрат часу, зусиль та фінансів, що зумовило затримку їх відкриття. Проте головною перевагою цих закладів була перспектива отримати в майбутньому прибутки від продажу їжі та напоїв, що змушувало попечительства активізувати роботу в цьому напрямі. 1 жовтня 1897 року відкрилася їдальня Одеського особливого комітету ПНТ в Одесі на Пересипі [5, с. 3] та перша чайна в Катеринославі (нині – Дніпро) [9, с. 3]. Працівники чайних та їдалень намагалися здешевити свою продукцію, адже основними відвідувачами були ремісники, дрібні торговці, городові та інше населення, тобто здебільшого робочий люд та міська біднота.

Одним з напрямів роботи ПНТ було надання консультацій у юридичному бюро. Оскільки робота в юридичному бюро при ПНТ виконувалась за копійки чи зовсім безкоштовно, бажаючих надавати юридичні послуги в таких бюро було обмаль, що значно ускладнювало саму їх організацію. Відомо, що влаштувати подібні бюро вдалося в Одесі [6, с. 1] та Севастополі [10, с. 3].

Попечительства про народну тверезість також влаштовували народні гуляння. Особливістю народних гулянь був їх сезонний характер, адже відбувалися вони виключно за теплої пори року. Організація подібних заходів не могла відбутися без широкого залучення благодійних коштів. Значного розголосу на сторінках місцевої преси набули народні гуляння в Олександрівську (нині – Запоріжжя), влаштовані місцевим ПНТ. Усього було проведено шість народних гулянь, для яких один з власників місцевого заводу «Лепп і Вальман» Іван Єгорович Лепп надав ділянку землі площею близько 2 дес. в сел. Шенвізе. На місці гуляння були встановлені ліхтарі для освітлення всієї площі, облаштовані доріжки, рядами встановлені лавки, влаштовані веранди для музикантів, для танців, для співаків та оповідачів, а також два приміщення для буфету. Головною прикрасою гуляння стали влаштовані атракціони: каруселі, вертикальний стовп для лазіння, циліндр, що обертається, призма та інші снаряди для вправ [2, с. 2]. Для повітових земств такий розмах був нечуванним.

При всьому розмаїтті діяльності ПНТ поза увагою залишилися лікувальні заклади для тих, хто страждав алкоголізмом. Влаштування лікарні вимагало не лише величезних затрат на її будівництво та налагодження діяльності, а й потребувало постійних капіталовкладень, забезпечити які попечительства були не в змозі. Адже одне-два значних будівництва або мережа чайних могли забрати всі кошти попечительства.

Отже, ідея організації цікавого та корисного дозвілля може бути успішно реалізована і сьогодні. Окрім розважальних заходів, актуальними стануть також і навчальні, особливо щодо долучення населення до переваг цифровізації.

Список використаних джерел

1. Ігнатенко І. Де чарка, там і сварка, або Як українські селяни алкоголь споживали. *Локальна історія*. 2021. URL: <https://localhistory.org.ua/texts/statti/de-charka-tam-i-svarka-abo-iak-ukrayinski-seliani-alkogol-spozhivali/> (дата звернення: 30.01.2024).
2. Как у нас отвлекают народ от пьянства. *Екатеринославские губернские ведомости* (далі – *ЕГВ*). 1897. № 275. С. 2.
3. Местная хроника. *Юг*. 1899. № 267. С. 2.
4. Одесский уездный комитет попечительства о народной трезвости. *Новороссийский телеграф*. 1897. № 7024. С. 2.
5. Освящение аудитории и столовой. *Одесские новости*. 1897. № 4125. С. 3.
6. Попечительства о народной трезвости. *Одесский листок*. 1914. № 17. С. 1.
7. Соколов В. Ю. Библиотеки та читальні комітетів піклування про народну тверезість в Україні наприкінці ХІХ – на початку ХХ століття. *Бібліотекознавство. Документознавство. Інформологія*. 2016. № 2. С. 21–37.
8. Устав попечительства о народной трезвости (Высочайше утвержден 20 декабря 1894 г.). *ЕГВ*. 1895. № 7. С. 2–3.
9. Хроника. *ЕГВ*. 1897. № 215. С. 3.
10. Хроника. *Крымский вестник*. 1915. № 318 (8629). С. 3.

ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМА ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ОРГАНІЗМ ДИТИНИ

Герасімчук Тетяна Сергіївна

к.мед.н., доцент кафедри дитячих хвороб ННІПО

Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

Військові дії можуть призводити до серйозних травматичних наслідків як для бійців, так і для цивільного населення, включаючи посттравматичні реакції та посттравматичний стресовий розлад. Під час воєнного конфлікту виникають ситуації, які можуть прямо загрожувати життю або здоров'ю дитини чи близьких їй осіб, дитина стає свідком смертельно небезпечних подій або стикається з їхніми наслідками. Для ефективного управління цими реакціями і надання необхідної підтримки важливо мати уявлення про механізм їх дії на організм людини. Ефекти травматичних подій на функціонування мозку та органів організму добре досліджені. Коли людина переживає травматичну ситуацію, таку, як напад або інший вид насильства, активується система стресу, яка включає значний викид гормонів стресу, насамперед, кортизола і адреналіна. Ця реакція природний механізм захисту, який допомагає організму вижити в небезпечних ситуаціях, однак, коли травматична подія стає довготривалою або повторюваною, або занадто сильною, може виникнути психологічна травма – стан, коли навіть найменші нагадування про травму можуть спричинити інтенсивну реакцію стресу і величезний викид гормонів. Організм залишається в стані підвищеної готовності до реагування на небезпеку навіть після того, як травматична подія вже минула. Ще одна з особливостей психологічної травми полягає в тому, що організм не може ефективно регулювати рівень гормонів стресу і повернутися до норми. Це призводить до постійного підвищення рівня гормонів стресу, таких як кортизол і адреналін, і виснажує нервову систему. Ключову роль у реакції на стрес та небезпеку відіграє мигдалеподібне тіло (амігдала). Ця мозкова структура відповідає за обробку емоційних вражень, включаючи страх і стрес, і вона є однією з перших, що реагує на потенційну загрозу. Під час травматичної події або іншої ситуації, що спричиняє стрес, мигдалеподібне тіло

може активуватися швидше, ніж префронтальна кора – область мозку, що відповідає за раціональне прийняття рішень та контроль над емоціями. Це може призводити до швидкої реакції, такої як біг, боротьба чи паралізація (завмерти), без докладного обмірковування ситуації. У дітей, які пережили травматичні події, мигдалеподібне тіло може працювати як надчутлива сигналізація навіть на найменшу небезпеку або нагадування про травму. Це призводить до постійної готовності до боротьби або уникнення ситуацій, що спричиняють стрес, навіть у випадках, коли загрози вже не існують. Мозок може створити асоціації між травматичною подією та навколишнім середовищем, подіями або об'єктами, які були присутні в той час. Ці асоціації можуть спричинити стресову реакцію навіть у випадках, коли небезпеки насправді немає.

Ознаки того, що дитина пережила психологічну травму, наступні: підвищена реактивність та збудливість (дитина стає більш роздратованою, або реагує на подразники більш емоційно, ніж зазвичай); зміни в поведінці (такі, як зменшення інтересу до звичних занять, вибухи гніву або агресії, страхи, надмірна пильність або непослух); мовчання (деякі діти, особливо відразу після травматичної події, можуть стати мовчазними, це може бути пов'язано зі змінами у мозку, зокрема, у зоні Брока, яка відповідає за мовлення). Діти можуть утримувати в собі подробиці або емоції, пов'язані з травматичною подією, через відсутність нейробіологічних можливостей розповісти про те, що відбулося. Спостерігається повторення травматичного сюжету в іграх; сновидіння на тему травматичної події та флешбеки – інтенсивні спогади про травму, які можуть викликати відчуття, ніби дитина знову переживає ситуацію травми.

Щоб забезпечити безпечне та підтримуюче середовище для дитини, яка пережила психологічну травму, батьки, педагоги, лікарі, соціальні робітники повинні, якщо це можливо, уникати ситуацій або подразників, що можуть стати тригерами для дитини, підтримати її у випадку сильних емоційних реакцій, надати можливість поговорити, обов'язково зберігаючи конфіденційність.

Стрес та травми можуть спричинити соматичні проблеми у дітей. Найпоширеніші з них: порушення травлення (діарея, закреп, блювота) внаслідок гіперактивності кишечника та змін в рівні гормонів стресу, синдром гіперактивного сечового міхура, енурез. Стресові реакції, такі як біль у животі, головні болі, запаморочення, погіршення сну, апетиту можуть спостерігатися у дітей після війни. Стрес та травма війни призводять до загального погіршення стану здоров'я дітей, включаючи зниження імунітету та підвищення схильності до інших захворювань. Лікування цих соматичних проблем має включати окрім медикаментозної підтримки психотерапію, яка може допомогти дітям збалансувати емоційний стан, зменшити стрес та покращити функціонування фізичного тіла.

Чи зможе дитина самостійно подолати травму частково залежить від зовнішніх і внутрішніх чинників таких, як внутрішні механізми саморегуляції, сили волі, наявності попереднього досвіду успішного подолання стресових ситуацій, фізіологічно обумовленої стійкості нервової системи. Найважливіший з зовнішніх чинників – можливість отримати підтримку від родини, друзів, професійних фахівців, тобто наявність безпечного і підтримуючого соціального середовища, де людина може відкрито висловлювати свої почуття та емоції.

Деякі психологи відмічають позитивні зміни, що можуть виникати у людей після травматичного досвіду, – посттравматичне зростання: розвиток нових ресурсів особистості, відкриття нових перспектив у житті, знаходження значення у негативних подіях, опанування ефективними стратегіями управління стресом, збільшення впевненості в своїх силах, розвиток спроможності допомагати і підтримувати інших у подібних складних ситуаціях [1]. Ці позитивні зміни внаслідок посттравматичного зростання можуть допомогти людині стати більш стійкою, адаптивною та здатною впоратися з майбутніми труднощами.

Список використаних джерел

1. Харитонова, Н. (2023). Посттравматичне зростання, як основа психологічного супроводу ветеранів російсько-української війни: огляд досліджень. *Psychology Travelogs*, (1), 167–189. <https://doi.org/10.31891/PT-2023-1-1>

ДІАГНОСТИКА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ: СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКИЙ АСПЕКТ

Винокурова Антоніна Віталіївна

аспірантка кафедри клінічної лабораторної діагностики

Науковий керівник: д. філос. н., проф. Утюж І.Г., завідувач кафедри суспільних дисциплін,

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

В сучасному світі лабораторна діагностика цукрового діабету стала невід'ємною частиною медицини, важливі дані для діагностики, лікування та моніторингу цього захворювання. Ця діагностика не лише надає конкретні клінічні дані, але також впливає на наше загальне розуміння хвороби цукрового діабету. В контексті сучасної медицини філософія лабораторної діагностики виявляє значущість, яка виходить за рамки збору даних і впливає на розуміння самої природи хвороби та підходів до її лікування. Формування філософської культури для науковця має велике значення, тому що філософія як науково-світоглядний напрям дає можливість розуміння людини, а в рамках нашого медичного предметного поля розуміти хворобу. Розуміти хворобу не з точки зору тільки клінічних проявів, а в першу чергу, розуміючи особливості життя людини. Ми дослідимо, як саме філософський підхід до лабораторної діагностики розкривається у контексті цукрового діабету, спробуємо зрозуміти, як ці питання впливають на наше загальне розуміння здоров'я та хвороб.

Історія діагностики та лікування цукрового діабету налічує безліч методів, що постійно розвивалися та змінювалися протягом віків. Вперше стан «надмірного виділення сечі», що є одним із симптомів діабету, було описано ще 1550 року до н. е. у давньоєгипетському папірусі Еберса [5]. Індійські лікарі приблизно в той же час знали це захворювання і називали його «медова сеча», відзначаючи, що солодка на смак сеча приваблює мурах [4]. До початку ХХ століття цукровий діабет був смертельним вироком для хворих, адже ефективного лікування не існувало. Сто років тому, у 1921 році, канадські вчені Фредерік Бантінг та Чарльз Бест виділили інсулін з підшлункової залози собак, а згодом й в інших тварин. А вже наступного року перший пацієнт отримав ін'єкцію інсуліну тваринного походження. Це була перша дитина, врятована від «солодкої» смерті. За відкриття століття доктор Бантінг отримав Нобелівську премію, а мільйони людей у всьому світі – надію на продовження життя.

Філософія діагностики віддзеркалює важливість вивчення минулого, адже це дозволяє розуміти еволюцію та удосконалення методів виявлення цього захворювання.

Хвороба й досі залишається однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем суспільства та є однією з провідних причин передчасної захворюваності і смертності, оскільки часто призводить до ампутації кінцівок, втрати зору, ниркової недостатності і провокує серцево-судинні захворювання.

Згідно з даними Міжнародної діабетичної федерації, близько 537 млн дорослих у світі живуть з цукровим діабетом, на цю хворобу хворіє кожен 10-ий. За прогнозами, до 2030 року їх кількість може зрости до 643 млн або навіть 700 млн [2]. Поширеність діабету в Україні збільшилася за останніх 10 років на половину. Діабет 2-го типу становить від 85 % до 90 % усіх випадків цукрового діабету у дорослого населення і найчастіше маніфестується серед осіб старше 40 років, як правило виникає на тлі ожиріння.

Цукровий діабет – це хронічне захворювання, що розвивається внаслідок повної або часткової нестачі в організмі людини інсуліну (гормону підшлункової залози) і призводить до підвищення рівня глюкози у крові пацієнта. Діабет є одним з перших відомих людству захворювань.

В більшості випадків, діагностика цукрового діабету не представляє особливих труднощів для лікаря. Але нажаль пацієнти звертаються за медичною допомогою надто пізно, коли стан здоров'я стає важким. Людям із діабетом потрібен доступ до регулярної та організованої медичної допомоги, що надається командою кваліфікованих медичних працівників. Актуальність проблеми діагностики цукрового діабету полягає в тому, що своєчасне виявлення хвороби значно покращує прогноз лікування та є одним із способів уникнення розвитку ускладнень.

Наукові дослідження продовжують вдосконалювати наше розуміння механізмів розвитку та протікання цукрового діабету, ефективних стратегій діагностики та лікування захворювання. Це включає розробку нових фармакологічних методів лікування, таких як нові антидіабетичні препарати та індивідуальні підходи до терапії [1]. Крім того, дослідження підкреслюють важливість комплексного догляду, який включає зміну способу життя, регулярний моніторинг рівня цукру в крові та навчання пацієнтів для оптимізації лікування захворювання та запобігання ускладнень [3]. Сучасні методи діагностики цукрового діабету включають в себе вимірювання рівня глюкози в крові, глікозильованого гемоглобіну, аналіз сечі, а також застосування передових новітніх

технологій, таких як молекулярно-генетичні дослідження. Ці методи не лише дозволяють ефективно визначити наявність захворювання, але і допомагають встановити його тип та індивідуальні особливості пацієнта.

Цукровий діабет, окрім свого медико-діагностичного аспекту, може бути розглянутий через призму філософії здоров'я та життя. Далі будуть розглянуті кілька напрямів світоглядного та морально-етичного значення даної хвороби.

Філософський підхід до діагностики цукрового діабету може бути розглянутий як соціальна проблема з точки зору взаємодії індивіда та суспільства, а також з погляду визначення цінностей та підходів до здоров'я. Основним принципом є визнання пацієнта як унікальної особистості з власною історією хвороби та факторами ризику. Сполучення клінічних даних, результатів аналізів та новітніх технологій створює інтегрований підхід до діагностики. Піднесення цієї хвороби на рівень філософського розгляду дозволяє врахувати не лише медичні, але й етичні та соціокультурні аспекти.

Відзначається, що соціальний контекст впливає на розвиток цукрового діабету через зміни в способі життя та стандартах харчування. З філософської точки зору, це відображає взаємодію людини з навколишнім світом, де культурні та соціальні фактори впливають на її здоров'я.

У філософії здоров'я та медицини, цукровий діабет може бути сприйнятий як виклик для розуміння природи страждань та пошуку значення життя в умовах хвороби. Філософська рефлексія може звертати увагу на питання екзистенції та самовизначення людини, що стикається із змінами у своєму здоров'ї.

Однак соціальна проблема цукрового діабету полягає не лише в самому захворюванні, але і в його впливі на якість життя та економіку. Люди, які стали жертвами цього захворювання, потребують постійного медичного спостереження, лікування та дотримання спеціального режиму харчування.

Це створює фінансові та емоційні труднощі для самого хворого та його родини. До того ж, це вимагає не лише великих витрат на лікування, але і зменшує працездатність населення, що може впливати на економічний розвиток країни.

З метою підвищення рівня обізнаності населення та усвідомлення факторів ризику профілактика цукрового діабету є ключовим аспектом розв'язання цієї соціальної проблеми. Медико-фармацевтичні компанії, які спрямовані на заохочення до здорового способу життя та ціллю яких є підвищення культури сучасної діагностики, можуть допомогти у зменшенні поширення цього захворювання та його наслідків.

Соціальний погляд на діабет піднімає питання справедливого доступу до медичних ресурсів. Питання про рівність у можливостях отримання лікування та профілактики цієї хвороби може породжувати обговорення про справедливість у сучасному суспільстві.

Отже, розгляд цукрового діабету у філософському контексті дозволив нам розкрити глибинні аспекти цієї проблеми, для розширення нашого епістемологічного розуміння цього захворювання та необхідністю вивчення лабораторної діагностики цукрового діабету як філософського об'єкта.

Філософський підхід визначення проблем конкретної хвороби – цукрового діабету, дозволяє науковцю цілісно подивитись на патологію. Метод Гіппократа, «треба лікувати людину, а не хворобу», говорить про цілісний, холістичний підхід в медицині. А це вимагає сформованої філософської культури.

Філософія діагностики діабету визначається глибоким розумінням сутності захворювання та постійним розвитком методів виявлення. Варто виділити, що розуміння та критичне осмислення процедур лабораторної діагностики важливі для розвитку ефективних та гуманітарних методів управління цукровим діабетом. Актуальність проблеми, філософський підхід та використання сучасних методів створюють фундамент для подальших досліджень та розробки нових стратегій управління цукровим діабетом. Орієнтована на індивіда діагностика відкриває нові перспективи для підвищення якості життя пацієнтів та попередження розвитку ускладнень.

Список використаних джерел

1. Daniel Ferguson, Brian N. Finck (2021). Emerging therapeutic approaches for the treatment of NAFLD and type 2 diabetes mellitus. *Nat Rev Endocrinol* 17, (2021).
2. <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3349150-na-cukrovij-diabet-hvorie-kozen-tridcatij-ukrainec-likar.html>

3. Kanaley J.A. et al.]. Kanaley JA, Colberg SR, Corcoran MH, Malin SK, Rodriguez NR, Crespo CJ, Kirwan JP, Zierath JR. Exercise/Physical Activity in Individuals with Type 2 Diabetes: A Consensus Statement from the American College of Sports Medicine. *Med Sci Sports Exerc.* 2022 Feb 1;54(2):353-368.

4. Poretzky, Leonid (2010). *Principles of Diabetes Mellitus* (вид. 2nd). New York: Springer. doi:10.1007/978-0-387-09841-8.

5. Ripoll, Brian C. Leutholtz, Ignacio (25 квітня 2011). Exercise and disease management (вид. 2nd). Boca Raton: CRC Press. ISBN 978-1-4398-2759-8.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФІЛОСОФІЇ МЕДИЦИНИ ЯК ІНТЕЛЕКТУАЛЬНО-НАУКОВОГО ПРОЕКТУ ХХІ СТ.

*Воронкова Валентина Григорівна
доктор філософських наук, професор,
завідувачка кафедри управління та адміністрування
Інженерний навчально-науковий інститут ім. Ю.М.Потебні
Запорізького національного університету*

Анотація: Філософія медицини розглядається як складна галузь, що поєднує знання філософії та медицини, визначаються проблеми, які є предметом дослідження філософії медицини, визначаються методологічні засади філософії медицини та зарубіжний досвід, який включає аналіз різноманітних напрямків і внесків в розуміння медичної науки та практики.

Abstract. The philosophy of medicine is considered as a complex field that combines the knowledge of philosophy and medicine, the problems that are the subject of research in the philosophy of medicine are defined, the methodological foundations of the philosophy of medicine and foreign experience are defined, which includes the analysis of various directions and contributions to the understanding of medical science and practice.

Філософія медицини є складною галуззю, яка вивчає фундаментальні питання, пов'язані з природою, цілями, методами та етикою медичної практики. Розглядаючи теоретико-методологічні аспекти філософії медицини як інтелектуально-наукового проекту у ХХІ столітті, можна виокремити деякі ключові аспекти: 1) У сучасному світі філософії медицини відзначається плюралізмом методологій. Різні теоретичні підходи, такі як аналітична філософія, феноменологія, критична теорія, постструктуралізм тощо, застосовуються для аналізу та розуміння медичних явищ. 2) Важливим аспектом є взаємодія між біомедичним та соціокультурним підходами до медицини. Філософія медицини стежить за розвитком обох напрямків і розглядає, як вони взаємодіють у сучасній медичній практиці та дослідженнях. 3) Філософія медицини акцентує увагу на етичних питаннях, пов'язаних з медичною практикою, дослідженнями та біомедичними технологіями. Розглядання гуманітарних аспектів допомагає врахувати пацієнтські цінності, культурні розходження та інші соціокультурні впливи. 4) Філософія медицини вивчає поняття хвороби та здоров'я, розглядаючи їх з біомедичного, філософського та соціокультурного погляду. Це допомагає сформулювати більш повне розуміння сутності медичних явищ. 5) З появою нових технологій, таких як штучний інтелект, філософія медицини розглядає етичні, соціальні та філософські аспекти їхнього застосування в медичній сфері. 6) Філософія медицини вивчає, як медичні технології та практики впливають на ідентичність пацієнтів, їхню індивідуальність та сприйняття власного тіла. 7) Сучасна філософія медицини акцентує увагу на концепції пацієнтського централізму, де пацієнт виступає активним учасником у процесі прийняття рішень щодо свого здоров'я та лікування. Це вимагає переосмислення ролей лікарів, пацієнтів та інших учасників медичного процесу. Філософія медицини включає філософське осмислення сучасних викликів у медицині, таких як пандемії, доступ до медичної допомоги, глобальна нерівність у сфері охорони здоров'я та інші проблеми. Вивчення та аналіз цих аспектів дозволяє філософії медицини вносити важливий вклад у розвиток медичної науки та практики у ХХІ столітті.

Філософія медицини вивчає взаємодію медицини з іншими науками, такими як біологія, психологія, соціологія та інші. Розуміння цієї взаємодії важливо для розвитку інтегративних підходів до дослідження та лікування різних захворювань. Важливу роль відіграють соціокультурні виміри медичної науки, філософія медицини досліджує соціокультурні впливи на медичну науку та практику. Вона вивчає, як культурні, етичні та соціальні фактори впливають на визначення стандартів лікування, медичні відкриття та сприйняття хвороб. В центрі дослідження філософії

медицини -концепція здоров'я як гармонії тіла, розуму та душі. Це відображає ідею, що здоров'я – це комплексне поняття, що включає фізичне, психічне та соціальне благополуччя. Філософія медицини розглядає критично біомедичну парадигму та висуває альтернативні підходи, такі як парадигма пацієнтського центрizmu, гуманістичний підхід, та інші. Важливою частиною філософії медицини є розглядання моральних принципів, таких як справедливість, благодійність, автономія та нешкідливість. Це допомагає розробляти етичні стандарти для медичної практики. Філософія медицини вивчає питання, пов'язані з навчанням та підготовкою медичних фахівців. Це включає в себе обговорення цінностей, мет та методологій медичної освіти. Ці аспекти демонструють різноманітність та комплексність філософії медицини як інтелектуально-наукового проекту у XXI столітті, а також акцентують її важливий внесок у розвиток медичної науки та практики.

Філософія медицини є галуззю філософії, яка досліджує основні принципи, цінності та етичні аспекти медицини, вивчає різні аспекти, пов'язані з природою, значенням та метою медицини, а також вивчає етичні питання, пов'язані з наданням медичної допомоги. Методологічні засади філософії медицини включають такі аспекти: 1) Епістемологія, у контексті якої філософія медицини вивчає питання про те, як ми отримуємо та виправдовуємо знання в медичній науці. Це охоплює питання про природу медичних фактів, методи дослідження та обґрунтування медичних тверджень. Філософія медицини розглядає ціль та призначення медицини, що може включати обговорення понять, таких як здоров'я, хвороба, а також цілей лікування та профілактики. 2) Етика медицини, у контексті якої філософія медицини досліджує етичні аспекти медичної практики. Це включає питання про справедливість у розподілі медичних ресурсів, права та обов'язки пацієнтів і лікарів, а також проблеми біоетики, пов'язані з використанням новітніх технологій в медицині. 3) Соціокультурний контекст, у контексті якого філософія медицини досліджує вплив соціокультурного середовища на практику медицини, що охоплює питання стереотипів, вірувань, культурних розходжень та їх вплив на діагностику і лікування. 4) Філософія хвороби і лікування, у контексті якої філософія медицини розглядає сутність хвороби, механізми її виникнення та розвитку, підходи до лікування, що охоплює вивчення біологічних, психологічних і соціальних аспектів хвороби. 5) Взаємодія пацієнта і лікаря, у контексті якої філософія медицини розглядає взаємодію між пацієнтом і лікарем, включаючи аспекти спілкування, довіри та взаєморозуміння.

Філософія медицини використовує різні методи для дослідження та аналізу питань, пов'язаних з природою, цілями, етикою та іншими аспектами медицини. Філософія медицини проводить аналіз понять та теорій, що стосуються медичної науки і практики, що може включати розгляд визначень термінів, таких як "здоров'я", "хвороба", "лікування", вивчення концепцій, що лежать в основі медичної практики. Філософія медицини вивчає етичні аспекти медичної практики, використовуючи методи філософської етики. Це включає обговорення прав та обов'язків лікарів і пацієнтів, справедливості в розподілі ресурсів, а також етичних вимог, пов'язаних з дослідженнями та використанням новітніх технологій. Філософія медицини розглядає взаємодію медицини із соціокультурним середовищем, що включає дослідження впливу культурних та соціальних чинників на сприйняття здоров'я та хвороби, а також на підходи до лікування. Філософія медицини вивчає історію медицини, використовуючи для цього історичний аналіз, щоб зрозуміти розвиток та еволюцію медичних концепцій, методів лікування та етичних норм, виявити тенденції, зміни та вплив минулих підходів на сучасну медицину. Філософія медицини використовує системний підхід для розуміння взаємозв'язків між різними аспектами медичної науки та практики, що включає аналіз взаємодії біологічних, психологічних, соціальних та етичних факторів у контексті медичної діяльності. Деякі дослідження в галузі філософії медицини спрямовані на аналіз філософських аспектів самої медичної науки, її методології, природи медичних теорій та відношення до інших наук. Ці методи дозволяють філософії медицини глибоко розуміти та обговорювати різні аспекти медичної діяльності, сприяючи вдосконаленню та розвитку медичного знання та практики. Ці методологічні засади допомагають створити теоретичну основу для аналізу і розвитку медичної практики, а також для визначення місця медицини у суспільстві та її взаємодії з іншими галузями знань.

Зарубіжний досвід філософії медицини включає багато різноманітних напрямків і внесків в розуміння медичної науки та практики. Це сприяє широкому та глибокому аналізу етичних, соціальних, культурних та філософських аспектів медицини в світовому контексті. У дослідженні ми орієнтуємось на наш вклад у розвиток цієї надзвичайно важливої теми [1, с. 23-24]. Філософія медицини включає велику кількість авторів і концепцій, оскільки ця галузь розвивається та

розглядається з різних перспектив. Назвемо авторів зарубіжних концепцій філософії медицини: 1) Гастон Башлард (Gaston Bachelard) - французький філософ і історик науки, який вніс важливий внесок у розвиток філософії медицини через свої роботи про епістемологію науки. 2) Іван Ілліч (Ivan Illich) - австрійський філософ, який в своїй роботі "Медична немедична допомога" висловлював критику сучасної медицини та її вплив на суспільство. 3) Мішель Фуко (Michel Foucault) - французький філософ та історик, який досліджував владу, знання та суспільство. Його роботи, такі як "Нагляд і кара" та "Лікарство і масове суспільство", розглядають питання, пов'язані з медициною та лікуванням. 4) Ганс-Георг Гадамер (Hans-Georg Gadamer) - німецький філософ, який працював у галузі філософії медицини, особливо з феноменологічною перспективою. Його роботи з акцентом на інтерпретацію та розуміння також мають значення для медичної філософії. 5) Пол Фармер (Paul Farmer): Американський лікар і антрополог, який розвинув концепцію "соціальної справедливості в охороні здоров'я" та активно долучився до боротьби з глобальними проблемами здоров'я. 6) Ервін Гудман (Erwin Goodman) - німецький філософ і психіатр, який вніс внесок у філософію психіатрії, досліджуючи питання стосовно діагностики та терапії психічних розладів. Це лише декілька представників і напрямків у філософії медицини. Проте історія філософії медицини є достатньо розгалуженою наукою, багато авторів з різних країн і періодів історії розглядали питання медицини з різних точок зору, впливаючи на розвиток філософії медицини в зарубіжних наукових середовищах, вносячи вагомий внесок у цю галузь.

Список використаних джерел

1. Воронкова В.Г., Нікітенко В.О., & Олексенко Р.І. Філософія цифрової медицини як новий науковий напрямок. 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. С.23-24.

ТРАВМА БЕЗ ПОДОЛАННЯ: РОМАН У НОВЕЛАХ ПАВЛА ПАШТЕТА БЕЛЯНСЬКОГО «БАБУСЯ ВМИРАТИ НЕ ЛЮБИЛА» ЯК ХУДОЖНЯ ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ФІЛОСОФІЇ ТІЛЕСНОСТІ

*Ганошенко Юрій Анатолійович,
кандидат філологічних наук, доцент,
доцент кафедри культурології та українознавства
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Павло Белянський – російськомовний український письменник – став відомим у літературному просторі України передусім позалітературними досягненнями – як відомий блогер Паштет і сценарист художнього фільму «Я працюю на цвинтарі» (режисер – Олексій Тараненко), що активізувало другу хвилю цікавості до однойменного напівавтобіографічного роману автора, покладеного в основу фільму. Це спричинило переклад роману українською і пильну увагу до автора з боку критиків та читачів, розкривши специфічні особливості індивідуального стилю письменника: гостра психологічність на межі екзистенційної кризи, відображення деталей банальності повсякденного побутового існування, грубувата саркастична (гумористична) оптика буття, яка дає змогу безпафосного втілення в мові філософсько-екзистенційної концептосфери, актуальної для українського культурного простору. Тому наступний роман в новелах «Бабуся вмирати не любила» теж був перекладений українською і отримав дуже схвальне сприйняття. На сьогодні автор воює в лавах ЗСУ, що ще більше семіотизує актуальність тематики твору, адже дія роману зосереджується на житті трьох поколінь однієї родини в маленькому шахтарському селищі поблизу Ворошиловграда (Луганська) і закінчується в 2014 році напередодні війни. Павло Паштет Белянський, використовуючи певні сповідальні інтонації частково біографічного письма та уже вказані особливості власного художнього стилю, створює мозаїчне за композицією (роман існує у вигляді окремих новел, кожна з яких є цілком самостійним твором і може бути прочитаною окремо) і за нарацією (текст розпадається на окремі голоси, об'єднані точкою зору автора) романне ціле, в якому на прикладі глибоко травмованих членів дисфункціональної сім'ї розкриваються соціально-психологічні передумови виникнення війни, вкоріненої також і в екзистенціях розчарованих, нещасних людей з низкою травм, страхів і невмінням рефлексувати, які поколіннями звикли жити у системі ментальних координат стійкості буття-всупереч.

«Бабуся вмирати не любила» – це відверті, часом досить некомфортні історії, у яких аб'юзивна жорстокість всередині родини спричиняє психологічні травми, викривлене сприймання реальності, соціальну дезадаптацію, унеможливує індивідуальне щастя героїв, коли, наприклад, травма сексуального насильства в підлітковому віці (історія Тані) сприймається як те, про що не треба говорити, і, зрештою, знаходить свій вияв у булімічному заїданні всіх життєвих негараздів. Або панічний страх перед батьковим нетверезим насильством (історія Павла) назавжди визначає життя як втечу із постійною зацикленістю на власній травмі в її матеріальному втіленні (акордеон). Тому і смерть стає невід'ємною частиною поетики роману, часто постаючи певним екзистенційним звільненням (історія Каті) і, зрештою, визначає назву твору.

Загалом тілесність у романі постає важливим маркером розкриття онтологічних проблем – через побутове насильство (забиття кролів), фізичне каліцтво (копито діда Петра), хворобу (рак тітки Дори) чи фізіологічну особливість (невміння плакати баби Ані чи надмірна повнота тітки Тані) поступово філософські проблеми самотності (навіть у колі найближчих), страждання (часто неявного, невербалізованого), межової ситуації (яка не стає точкою біфуркації, а наче застигає в бутті), травми (неподоланої та навіть невідрефлексованої) розгортаються сюжетно в щемливі жорстокі історії про іманентну для героїв неможливість бути щасливими.

ФІЛОСОФІЯ БАЛАНСУ МИСТЕЦТВА І НАУКИ В МЕДИЦИНІ

*Грекова Тетяна Анатоліївна,
доцент кафедри патологічної фізіології з курсом нормальної фізіології,
Мельнікова Ольга Валеріївна,
доцент кафедри патологічної фізіології з курсом нормальної фізіології,
Каджарян Єлизавета Віталіївна,
доцент кафедри патологічної фізіології з курсом нормальної фізіології,
Тихоновська Марина Анатоліївна,
доцент кафедри патологічної фізіології з курсом нормальної фізіології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Кардинальні зміни завдяки появі нових технологій і глобалізація поставили світ на межу, і ця концепція найпоширенішою стала в медицині, де редагування генів, генні драйви та химери, величезні бази даних, штучний інтелект надають безпрецедентні можливості, але також і непередбачувані наслідки. Крім того, медицина, на хвилі метафори чарівної кулі, швидко розширює сфери діяльності, разом з тим і потреба в медичних послугах стрімко зростає. Саме ці події знов і знов ставлять вічні питання про сутність і мету медицини: що має робити медицина і кому служити?

Скрізь, де є люди, постійним є вивчення невід'ємного зв'язку між людьми та природою. До часів повного розвитку раціонального мислення людство намагалось пояснити природні явища та вплив природи за допомогою міфів і первісних релігій. Страх перед народженням, смертю і болем перетворився на гонитву за чаклунством. З початкового вираження людського страждання та потреби зменшити біль народилася медицина, а щоб пояснити різні явища, постійне дослідження стало філософією - теоретико-системною єдністю світогляду і методології, відображенням взаємозв'язку між мисленням і буттям, розумом і матерією, яка певним чином зародилася в медицині. Тобто, з часом, з розвитком філософії, медицина поступово позбулася ілюзій, а роль лікарів взяли на себе такі філософи, як Піфагор і Емпедокл, і медицина стала висловлюватися мовою філософії. Спільні риси медицини та філософії в минулому, укорінені в різних культурах (емпірична медицина, холістичний погляд тощо), зазнали трансформації на початку XIV століття, коли, переважно західна медицина, почала розвивати експериментальну науку, що супроводжувалося зміною ціннісних орієнтацій. Моральний стандарт «орієнтованість на людей» поступово ставав ідеалом «тільки теорія техніки». Вплив ринкової економіки та втрата відчуття людського єднання також спричинили численні невирішені проблеми, щодо яких на початку 20-го століття видатний педагог і медик Вільям Ослер зазначив, що медична практика знаходиться в невідгідному становищі через відсутність історичного розуміння, розрив між наукою та людством, а також відчуження технологічного прогресу та гуманізму [1, с. 2]. Навіть сьогодні деякі немедичні чинники та проблеми продовжують перешкоджати розвитку та інноваціям сучасної медицини через спотворення намірів технічного прогресу прокламаціями про техніко-економічні вигоди, домінантне значення технології, медичну техніку як символ медицини тощо, нібито «орієнтація на технології» може призвести до того, що клініцисти будуть надмірно покладатися на результати тестів, ігноруючи клінічний досвід та історію хвороби. Проте сучасні технології можуть призвести до діалектичної єдності та цілісного

погляду на спеціалізацію навичок і знань, адже детальне професійне розгалуження здатне сприяти поглибленому розвитку за умови роботи на користь збереження зв'язку зі знаннями і фаховим досвідом. Підтримати цей витончений баланс означає не перетворити клініциста на перекладача звітів, мистецтво розмов і дискусій на мовчання техніки, а взаємовідносини пацієнтів і лікарів не стануть історією людей і роботів.

Медичний професіоналізм нового тисячоліття зосереджений на покращенні якості медичної допомоги, пріоритеті добробуту пацієнтів, отже, сучасна медична модель трансформується з традиційної біомедичної моделі в біо-психо-соціальну. Та це не дивно, бо ще словами Гіппократа підкреслена важливість спершу зрозуміти пацієнта, ніж його хворобу [2, с. 3]. Проте досягнення цифрової медицини, системної біології, моніторингу навколишнього середовища та штучного інтелекту продовжують революціонізувати охорону здоров'я, відкриваючи майбутнє медицини прецизійної, яка за мету має подолати хворобу там, де вона викликана, на рівні гена або генного продукту. Це дає змогу не тільки раніше та точніше виявляти захворювання або навіть схильність, але й персоналізувати лікування, яке є більш ефективним, викликає менше побічних ефектів та й економічно ефективнішим завдяки стратифікації конкретного ризику пацієнта та прогнозу відповіді на терапію. Діагностика та управління молекулярними процесами, що лежать в основі хвороби, є центральними у всьому розумінні біологічного функціонування людини на самому базовому рівні. Такий тип знань з можливостями втручання в ці процеси стали доступними лише завдяки конвергенції біомедичної науки з нанотехнологіями та інформаційно-комунікаційними системами. Революційність медицини високих технологій – більш всеосяжне бачити майбутнє, але з дещо зміщеним фокусом уваги з боротьби з хворобами на підтримку здоров'я у великих масштабах (акцент на прогнозуванні, запобіганні та моніторингу ризиків для здоров'я) [3, с. 8]. А втім, цінність здоров'я сприймається належною і в традиційній медицині навіть з XIX, втіленою в поривання прогнозувати та запобігати захворюванням. На рівні своїх чітких прагнень нові біомедичні технології, таким чином, роблять звичайні заходи щодо боротьби з хворобами та відновлення здоров'я, зчаста змінюють, переосмислюють або винаходять способи цього досягти, навіть якщо вони виглядають просто більш ефективними інструментами для досягнення добре відомих і загально визнаних результатів. Аналіз концепцій хвороби, закладених у цих нових технологіях, може вказати, які зрушення, ймовірно, треба здійснювати для більш дієвого практичного використання клінічного мислення.

Лікарі діджиталізованої сучасності мають бути уважними спостерігачами, терплячими слухачами та чуйними співрозмовниками, а першим рецептом призначати своїм пацієнтам турботу та любов. Безперечно, медицина – це вираження людських емоцій і порядності, а бути лікарем – це мистецтво, засноване на науці, професія, а не угода, священна місія, а також соціальна відповідальність. Медицина не є чистою наукою, скоріше це всеохоплююча система знань, технології та свідомості, що розвивається, оскільки вона служить живим істотам з думками, емоціями, менталітетом, волею та відповідними ролями в сім'ї та суспільстві. Отже, контекстний аналіз процесу діагностики та всіх джерел інформації при визначенні захворювання та прийняття рішень щодо наступного менеджменту - це й є майстерність вбудувати філософію в медицину.

Список використаних джерел

1. Rabinowitz D. G. On the arts and humanities in medical education. *Philosophy, ethics, and humanities in medicine* : PEHM. 2021. Vol. 16. Iss. 1. P. 4. <https://doi.org/10.1186/s13010-021-00102-0>
2. Cathébras P. Patient-Centered Medicine: A Necessary Condition for the Management of Functional Somatic Syndromes and Bodily Distress. *Frontiers in medicine*. 2021. Vol. 8. P. 585495. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.585495>
3. Schulte P. A., Iavicoli I., Fontana L., Leka S., Dollard M. F., Salmen-Navarro A., Salles F. J., Olympio K. P. K., Lucchini R., Fingerhut M., Violante F. S., Seneviratne M., Oakman J., Lo O., Alfredo C. H., Bandini M., Silva-Junior J. S., Martinez M. C., Cotrim T., Omokhodion F. Occupational Safety and Health Staging Framework for Decent Work. *International journal of environmental research and public health*. 2022. Vol. 19. Iss. 17. P. 10842. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710842>

ОЗНАКИ ДЕОНТОЛОГІЇ, ПРИТАМАННІ МОРАЛЬНІЙ КОНФАБУЛЯЦІЇ

*Демченко Олександр Валерійович
Аспірант кафедри внутрішніх хвороб №3
Науковий керівник д.ф.н., професор Утюж І. Г.*

Деонтологія є невід'ємною частиною пулу знань сучасного працівника сфери медицини будь-якої ланки, адже, засновуючись на моральних засадах, вона визначає формат взаємодії всіх учасників асоційованого з медициною процесу, що, в свою чергу визначає і результат. Якщо говорити про конкретні приклади, деонтологія – віхи, що визначають діапазон професійної діяльності лікаря. Деонтологія є наукою, що активно розвивається в останній час через ріст в світі подій, які продукують моральні дилеми, тим не менш, досить рідко зустрічаються праці з опозиційними або контрінтуїтивними тезами. Нами була поставлена мета визначити найменш досліджені аспекти деонтології для аналізу і формулювання подальших питань стосовно розвитку подібних концептів, в ході якого було виявлено і проаналізовано ряд праць Дж. Гріна.

Відомий американський діяч Джошуа Грін висловив неочевидну думку, що деонтологія може являти собою продукт моральних конфабуляцій, що в подальшому лягло в гіпотезу, яка викликала чималу кількість дискусій різного рівня і спровокувала створення сигніфікантних наукових праць. Така реакція не є неочікуваною, адже дана гіпотеза породжує ряд питань, відповідь на яких є критичним для подальшого сприйняття концепту деонтології [1: 699, 2, 3, 4].

Основним мотивом таких висновків є розуміння процесу породження філософії деонтології: вона не є продуктом початкових моральних міркувань, а є ретроспективним аналізом, результатом якого є раціоналізація, яка зазнала впливу емоцій [2: 36].

Тим не менш Грін вважає, що саме емоційний компонент відіграє визначну роль у набутті деонтологією належного вигляду, в той час консеквенціалізм, що також грає роль, зазвичай базується на свідомих міркуваннях, які в ізольованому застосуванні обов'язково залучають когнітивний контроль [2, 5].

Отже, з двох основних чинників, що впливають на теперішній вигляд деонтології, Грін вважає, що тільки консеквенціалізм є доречним і корисним методом суджень, а моральні судження викривлюють сутність висновків і сприяють деформації кінцевого продукту деонтології, яка в результаті набуває ознак конфабуляції [2, 6].

Звісно не стверджується, що результати праць з деонтології є хаотичним конгломератами емоційних паттернів, так чи інакше, вони є структурованими та раціоналізованими, але самі вони так чи інакше залежні від впливу ряду факторів на дослідника, що в подальшому відображається у вмісті готової праці, яка, хоч і завдяки раціоналізації має завершений вигляд не є ультимативною. Апелюючи до Гріна, можна стверджувати, що раціоналізатори схильні до брехні, яка в той же час не є навмисною.

Для об'єктивізації деонтології було б доцільно запровадити застосування статистичних методів дослідження і контрольованих експериментів для визначення факторів впливу. Проблема полягає в тому, що деонтологічні судження первинно асоційовані з емоційними компонентами людської діяльності, а для утилітарного викладення, для якого об'єктивність є критичною умовою, необхідно превалювання когнітивних процесів, використання таких базових структур, як причинно-наслідковий зв'язок [7].

Проблема механізму, в якому задіяні когнітивний і емоційний компонент – послідовність. Первинно ми автоматично емоційно забарвлюємо подію, а вже після «підганяємо» когнітивні обґрунтування для неї. І навіть якщо емоційна оцінка дослідника не грає ключової ролі на початку, зважаючи на її фундаментальну позицію, вона в результаті відіграє значний вплив на результат, так як являє собою подібне математичній функції, до якої згодом дослідник застосовує конкретні значення.

Таким чином очевидним стає те, що в консеквіалістських судженнях превалює «когнітивний» компонент, що робить їх більш тонкими і виваженими, але все ж таки несамодостатніми і об'єктивними.

Навіть застосування найбільш об'єктивних, статистичних методів, не гарантує об'єктивності, адже залишається невизначеність у трактуванні досліджуваними людьми власних емоцій, на які впливають фактори, непідвласні свідомості, що було доведено у ряді експериментів: від асоціативних нейронних зв'язків, що спонукають обирати певну конфігурацію суто фізіологічно з-поміж майже ідентичних до впливу оточуючого середовища на маси досліджуваних. Рандомізація і

децентралізація дизайну досліджень здано значно підвищити показник об'єктивності, але, тим не менш, згадуючи фундаментальне розташування емоційного компоненту, не важко усвідомити, що якісно результати будуть викривлені в будь-якому випадку.

Отже, зважаючи на саму сутність емоційного забарвлення подій можна повністю виключити порівняльну характеристику об'єктивності різних методів досліджень і, відкинувши усі досягнення деонтологів, засновані на них, поставити очевидне запитання: чим є власне та деонтологія, яку ми бачимо: вершиною раціоналізації чи насправді викривленим рядом маніпуляцій сприйняття людьми подій в конкретний час і в конкретних обставинах?

Список використаних джерел

1. Greene, J. D. 2014. Beyond Point-and-Shoot Morality: Why Cognitive (Neuro) Science Matters for Ethics. *Ethics* 124(4), 695-726.
2. Greene, J., D. 2008. The secret joke of Kant's soul. In Sinnott-Armstrong W. (ed.), *Moral psychology: Vol. 3. The neuroscience of morality*. Cambridge, MA: MIT Press.
3. Greene, J. D., Sommerville, R. B., Nystrom, L. E., Darley, J. M., and Cohen, J. D. 2001. An fMRI investigation of emotional engagement in moral judgment. *Science* 293(5537), 2105-2108.
4. Greene, J. D., Nystrom, L. E., Engell, A. D., Darley, J. M., and Cohen, J. D. 2004. The neural bases of cognitive conflict and control in moral judgment. *Neuron* 44(2), 389-400.
5. Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science* 185(4157), 1124-1131.
6. Hirstein, W. 2005. *Brain fiction: Self-deception and the riddle of confabulation*. MIT Press.
7. Greene, J. D., Morelli, S. A., Lowenberg, K., Nystrom, L. E., and Cohen, J. D. (2008). Cognitive load selectively interferes with utilitarian moral judgment. *Cognition*, 107(3), 1144-1154.

ФІЛОСОФІЯ ПСИХОСОМАТИКИ: ВЗАЄМОДІЯ МІЖ ПСИХІКОЮ ТА ФІЗІОЛОГІЄЮ В КОНТЕКСТІ МЕДИЦИНИ

*Діденко Едуард Вікторович
аспірант кафедри госпітальної хірургії
Науковий керівник - Утюж Ірина Геннадіївна, д.філос.н.,
професор, зав.кафедри суспільний дисциплін,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Актуальність

Психосоматика бере свій початок від грецьких слів "psyche" (душа) і "soma" (тіло), що свідчить про необхідність розглядати людину як цілісну систему. Основна ідея полягає в тому, що психічний стан і фізичне здоров'я взаємопов'язані та можуть взаємно впливати одне на одного.

Психосоматика не обмежується виключно лікарським підходом. Теоретичне розуміння психосоматики охоплює багато аспектів, включаючи психологію, фізіологію, філософію, та соціальні науки. Важливо враховувати, що психосоматика не зводиться лише до пошуку психічних причин фізичних захворювань, але й вивчає взаємовідносини між психікою та фізіологією.

Основна частина

Історія психосоматики має давні коріння, починаючи з робіт стародавніх філософів, таких як Гіппократ та Гален. Проте, сучасне визначення та розвиток цієї галузі пов'язані з ХХ століттям. У цей період виникли нові школи, зокрема психоаналітична школа Зигмунда Фрейда, яка надала вагомий внесок у розуміння взаємозв'язку між психікою та фізичним станом.

На початку ХХ століття вчені, такі як Ганс Сельє та Франц Александер, вивчали реакції організму на стрес, що дало поштовх для подальших досліджень у галузі психосоматики. Вони підкреслили важливість розуміння впливу психічних факторів на фізичне здоров'я.

Філософія грає ключову роль у розумінні психосоматики. Діалектичний підхід до проблеми взаємодії психіки та тіла виступає як основа для розвитку цієї галузі. Філософія надає теоретичний фундамент та методологічні інструменти для вивчення людини як цілісної системи. Важливо враховувати психосоматику як інтегровану галузь, де об'єднуються філософія та медицина. Це дозволяє краще розуміти не лише причини захворювань, але і знаходити ефективні методи лікування, враховуючи психічні аспекти пацієнта.

Філософія відіграє ключову роль у формуванні та розумінні концепцій психосоматики. Діалектичний підхід, що базується на взаємодії протилежностей, стає фундаментальним для

розуміння взаємозв'язку між психікою та фізіологією. Філософія вказує на те, що людина не може бути розглянута як просто сукупність ментальних та фізичних процесів, але повинна розглядатися як цілісна система.

Сучасність принесла розмаїття концепцій, які виходять за рамки класичних уявлень. Інтегративний підхід до медичного вивчення психосоматики розглядає пацієнта як унікальну систему, де психічні та фізіологічні аспекти взаємодіють та впливають одне на одного. Нові дослідження спрямовані на розкриття більш глибоких механізмів цієї взаємодії.

Однією з важливих концепцій є біопсихосоціальний підхід, який розглядає пацієнта в контексті його фізіологічних, психологічних та соціокультурних аспектів. Цей підхід враховує, як соціальні та культурні фактори можуть впливати на фізіологічні процеси та на зворотні взаємодії між психікою та фізіологією.

Сучасна психосоматика також використовує дослідження нейро-біологічного напрямку. Дослідження взаємодії мозку та інших органів дозволяють краще розуміти, які механізми визначають вплив психічних станів на фізичне здоров'я.

Ефект плацебо визначається як покращення стану пацієнта після отримання обраних бездієвих засобів, які виглядають як ліки. Це явище стає невід'ємною частиною клінічних випробувань та лікувальних практик. Медичне спільнота визнає, що ефект плацебо може мати величезний вплив на психосоматичне здоров'я та реакції організму на лікування.

З філософської точки зору, ефект плацебо викликає ряд запитань щодо природи віри та впливу психічних уявлень на фізичне тіло. Спостереження ефекту плацебо може підштовхнути нас до обговорення ролі віри в процесі лікування. Як віру в ефективність засобу можна взагалі оцінити? Як ця віра впливає на активність мозку та роботу органів?

З погляду медицини, ефект плацебо часто розглядається як небажаний фактор, що впливає на результати клінічних досліджень. Однак, докладні дослідження показують, що врахування цього ефекту може відкрити нові можливості для покращення ефективності лікування. Наприклад, якщо пацієнти вірять у важливість та ефективність лікування, це може сприяти активації внутрішніх ресурсів організму для самолікування.

В контексті психосоматики, ефект плацебо може бути визначено як прояв психосоматичної взаємодії, де психічний стан пацієнта впливає на фізичні процеси в організмі. Важливо розуміти, як емоції, віра та очікування можуть формувати психосоматичні реакції та визначати результати лікування.

Висновки

Медичний аспект розглядає психосоматику як важливу складову сучасної медицини. Дослідження психосоматичних розладів, їх вплив на фізичне здоров'я, а також розглядання питань лікування з позиції об'єднуючого підходу стають ключовими висновками цієї роботи.

Філософія та медицина взаємодіють, створюючи теоретичний фундамент та практичні підходи для вивчення людського організму та його функціонування в умовах сучасного світу. Це взаємодія розширює наше уявлення про природу хвороб, лікування та процес взаємодії розуму та тіла.

В цілому, взаємозв'язок психосоматики у контексті філософії та медицини є важливою темою для подальших досліджень та розвитку обох галузей. Зрозуміння цього взаємозв'язку дозволяє не лише більше знаходити профілактичні та лікувальні методи, але і розкривати нові аспекти самої природи людської існування.

Список використаних джерел

1. Hall, N. M., Gjelsvik, B., & Brown, L. (2019). Integrative Approaches to Psychosomatic Medicine: A Narrative Review. *Psychosomatics*, 60(3), 211–221;
2. Rief, W., Broadbent, E., & Kaptchuk, T. J. (2018). Emotion and the Unseen: Challenges of Psychosomatic Medicine in the 21st Century. *Psychosomatic Medicine*, 80(6), 470–474.
3. Koch, S., Quinlan, D. M., & Rief, W. (2019). A Literature Review of Representational Change in Psychotherapy: An Embodied Perspective. *Frontiers in Psychology*, 10, 386.
4. Grossman, P., & Van Dam, N. T. (2017). Mindfulness, by any other name...: Trials and tribulations of sati in western psychology and science. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 222–239.
5. Henningsen, P., Zimmermann, T., & Sattel, H. (2018). Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 80(5), 426–435.

ДУХОВНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ЯК ФУНДАМЕНТАЛЬНА КОМПОНЕНТА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧОЇ КУЛЬТУРИ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Добрідень Оксана Володимирівна

к. філос. н., доцент кафедри мовної підготовки та гуманітарних наук

Колдунов Ярослав Вікторович

к. філос. н., викладач кафедри мовної підготовки та гуманітарних наук

Дніпровський державний медичний університет

В умовах деструктивних викликів сьогодення проблема здоров'язберігання і безпеки життєдіяльності посідають важливе місце у системі філософського знання. У сучасній філософії існують різні підходи до розуміння здоров'я. У численних наукових дослідженнях відображено соціально-економічні, етичні, культурні, політичні, педагогічні та багато інших аспектів здоров'язберігання. Одним із провідних напрямків таких досліджень вважаємо звернення до проблеми впливу духовного потенціалу на формування здоров'язберігаючої культури особистості. Винятково значущою ця проблематика бачиться у світлі філософії медицини, зокрема у світлі професійної підготовки майбутніх лікарів, від розвиненого духовного потенціалу яких залежить не тільки відповідальне ставлення до власного здоров'я, а і добросовісність у виконанні професійних обов'язків.

Оскільки духовний потенціал забезпечує моральну наповненість контенту здоров'язберігаючої культури, можна із впевненістю стверджувати, що духовний потенціал є визначальним фактором у розрахунку коефіцієнту корисної дії медичного працівника у супроводі пацієнтів упродовж оздоровчо-лікувального процесу. Як справедливо зазначають Л.Р. Нікогосян і Ю.О. Асеева, «специфіка діяльності медичного профілю передбачає знання своєрідного зводу етичних правил, заборон і обмежень, які повинні прийматися до уваги тими, хто неминує за родом своєї діяльності втручається в життя іншої людини» [2, с. 34].

Адже високий рівень володіння професійними знаннями і навичками автоматично не дорівнює сумлінному і порядному виконанню обов'язку лікаря на засадах честі і гідності. Таким чином, процес надання освітніх послуг у закладах вищої медичної освіти повинен обертатись не тільки навколо засвоєння професійних знань, але і враховувати необхідність здійснення заходів для розвитку духовного потенціалу як фундаментальної компоненти здоров'язберігаючої культури студентів-медиків.

У своїх попередніх розвідках авторами було запропоновано розглядати духовний потенціал здобувача вищої медичної освіти як сукупність моральних, когнітивних, мотиваційно-вольових і емоційних властивостей здобувача вищої медичної освіти, які стабільно репрезентуються, в тому числі в професійному середовищі, у ставленні до хворих і залишаються незмінними під тиском деструктивних обставин особистого характеру і зовнішнього середовища. Здоров'язберігаючу культуру лікаря пропонуємо розглядати як систему здоров'язбережувальних знань і практичних навичок лікаря, що живиться духовним потенціалом особистості, вимагає високого рівня загальної культури і освіченості, критичного мислення та інформаційної мобільності у пов'язаних із здоров'язберіганням сферах («Актуальні питання у сучасній науці», №2, 2024р.).

Таким чином, професійні навички майбутнього лікаря поза межами етичного кодексу, можуть бути навіть небезпечними для суспільства. Згадаймо хоча б офіційні повідомлення Служби безпеки України щодо діяльності «чорних» трансплантологів. Слід зазначити, що процес формування етичних принципів студентів-медиків завжди належав до парафії філософської і соціально-гуманітарної освіти. На наше переконання, в медичному освітньому дискурсі залишаються недооцінені потенційні можливості філософського і соціально-гуманітарного знання у підготовці не просто професійних кадрів, а лікарів-гуманістів.

На превеликий жаль, сьогодні, в педагогічній думці в цілому, спостерігається недостатня комунікація поміж медико-біологічним та соціально-гуманітарним знанням. Для освітян-медиків завжди пріоритетними залишатимуться анатомо-морфологічні ознаки норми та патології людського організму. В той же час вплив світоглядно-ціннісних орієнтирів особистості на здоров'язберігання враховується, здебільшого, лише фрагментарно. У разі необхідності надання термінової медичної допомоги говорити про важливість соціально-гуманітарного знання було б недоречним. Це безперечно. Але у разі формування особистості студента на засадах гуманізму, така обмежена комунікація у сфері педагогічної практики є не просто інформаційною прогалиною, а серйозною проблемою для успішних заходів щодо превентивного збереження здоров'я громадян України. Доречним з цього приводу є спостереження української дослідниці С.Р. Замрозевич-Шадріної: «для збереження і зміцнення здоров'я в сучасній українській культурі та в суспільстві в цілому не сформована в свідомості мотивація здорового способу життя» [1, с. 284].

Переконані, що розвиток духовного потенціалу майбутніх медиків і усвідомлена мотивація до здоров'язберігання потребують виняткової уваги з боку освітян як медичної галузі, так і з боку педагогів-філософів і гуманітаріїв. Аудиторний і позааудиторний навчально-виховний процес повинен здійснюватись з використанням всіх педагогічних технологій, аби студенти-медики мали внутрішню потребу у власному духовному зростанні.

Список використаних джерел

1. Замрозович-Шадріна С.Р. Теоретичний аспект дослідження культури здоров'я. Перспективи та інновації науки, 2022. – №2 (7). – С. 278-287
2. Нікогосян Л.Р., Асєєва Ю.О. Аксиологічний підхід у системі професійно-педагогічної підготовки майбутніх фахівців медичної галузі. Наука і освіта: науково-практичний журнал, 2017. – №4. – С. 33-38

ПЕРЕТИН МЕЖ: ЕТИЧНІ ТА СОЦІАЛЬНІ РАМКИ КІБОРГІЗАЦІЇ ТА ГЕНЕТИЧНОГО ДИЗАЙНУ В СУЧАСНОМУ СВІТІ ТА УКРАЇНІ

*Дружкін Микита Вячеславович
аспірант денної форми навчання
кафедри факультетської хірургії*

*Науковий керівник: д.ф.н., професор Утюж І.Г.,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Актуальність теми кіборгізації та генетичного дизайну в Україні визначається швидким розвитком наукових досліджень та технологій у цих сферах. Особлива увага приділяється розробці та впровадженню біотехнологічних інструментів, які покращують людські можливості, забезпечуючи здоров'я та добробут. Україна, як і багато інших країн, стоїть перед викликами інтеграції цих інновацій з врахуванням моральних та етичних стандартів, а також розробки відповідних правових рамок для регулювання цих практик.

В цьому контексті важливим є зосередження уваги на етичних аспектах цих технологій, особливо у відношенні до збереження прав людини, забезпечення рівності та справедливості в доступі до медичних та технологічних нововведень. Також важливим є аналіз потенційного впливу цих технологій на соціальну структуру, культурні цінності та традиційне розуміння людської ідентичності та індивідуальності в українському суспільстві.

Крім того, Україна може зіткнутися з викликами, пов'язаними з глобальними тенденціями у сфері біоетики та технологій, які вимагають міжнародної співпраці та обміну знаннями. Врахування цих аспектів є критично важливим для формування ефективної національної політики в області наукових досліджень, охорони здоров'я та технологічного розвитку.

Розвиток дискусії в цій сфері стане важливим кроком до створення гармонійного та етичного майбутнього, де технології служитимуть благу людства, враховуючи культурні особливості та цінності українського суспільства.

Стаття Енді Кромера "Дизайнерські немовлята: етичний і суспільний вплив" [1] зосереджується на етичних та соціальних аспектах використання CRISPR/Cas9 для створення дизайнерських дітей, включаючи історію генетичної інженерії, аналіз переваг і ризиків, етичні дилеми, та соціальний вплив. Вона наголошує на необхідності обачного підходу до впровадження та регулювання цих технологій.

Автор цього джерела зосереджується на потенційних можливостях та викликах генетичного дизайну. Важливим аспектом є обговорення моральних дилем, пов'язаних з вибором генетичних рис. В українському контексті, це викликає питання етичного регулювання та впливу на соціальну структуру та культурні цінності.

У статті Бенджамін Віттс і Джейн Чонг «Наше майбутнє кіборгів: законодавчі та політичні наслідки» [2], обговорюються адаптація суспільства до кіборгізації та її вплив на медицину і повсякденне життя. Автори аналізують різні підходи до концепції кіборга, правові та політичні аспекти, а також етичні дилеми, включаючи питання доступу та дискримінації. Стаття підкреслює, що кіборгізація є не тільки технологічним, але й складним соціальним і правовим явищем, вимагаючи ретельного обговорення.

Автори статті розглядають різні трактування концепції кіборгів - від злиття машини та людини до заміщення людини машиною. Це відображає різні філософські підходи до розуміння кіборгізації. Аналізується, як кіборгізація викликає дискусії та контрверсії, особливо у відношенні медичних пристроїв, що заміщають або покращують людські можливості. Розглядається, як суспільство визначає здоров'я та несправності.

Автори підкреслюють, що кіборгізація - це не лише технологічне явище, але й складний соціальний, етичний та правовий процес. Вони ставлять перед суспільством низку важливих питань, що вимагають глибокого обговорення та регулювання. Стаття висвітлює важливість балансу між технологічним прогресом та збереженням основних прав та свобод людини.

Розробка етичних рамок для кіборгізації та генетичного дизайну в Україні повинна включати наступні ключові елементи:

Враховання Основних Прав та Свобод: Забезпечення, що ці технології не порушують права на приватність, автономію, та фізичну недоторканість.

Доступність та Рівність: Забезпечення рівного доступу до цих технологій, незалежно від соціально-економічного статусу.

Відповідальність та Підзвітність: Створення механізмів для контролю та підзвітності використання цих технологій.

Ці технології можуть мати значний вплив на майбутнє українського суспільства, включаючи зміни в охороні здоров'я, підходах до лікування, освіті, і навіть в соціальній структурі. Важливо врахувати потенційні ризики та можливості, які вони представляють, а також вплив на культурні та соціальні норми.

Завершуючи, тема кіборгізації та генетичного дизайну в сучасному світі відкриває широке поле для обговорення у сфері філософії, етики, права та медицини. Ці новітні технології ставлять перед Україною унікальні виклики та можливості, які вимагають ретельного аналізу та розуміння. Важливість обговорення цих питань в українському контексті полягає в необхідності розвитку відповідальної та гуманної політики, яка б враховувала швидкі зміни в науковому світі та зберігала національні цінності та культурну ідентичність. Такий підхід допоможе Україні ефективно інтегруватися в глобальні наукові та технологічні процеси, зберігаючи при цьому національну унікальність та незалежність.

Список використаних джерел

1. Kromer, A. (2018). "Ethics of Designer Babies." The Embryo Project Encyclopedia. https://digitalcommons.csbsju.edu/cgi/viewcontent.cgi?filename=6&article=1000&context=ur_books&type=additional.
2. Wittes, B., Chong, J. (2014). "Our Cyborg Future: Law and Policy Implications." <https://www.brookings.edu/articles/our-cyborg-future-law-and-policy-implications/>.
3. Kolakowski, N. (2014). "We're Already Cyborgs." Slashdot. slashdot.org/topic/cloud/were-already-cyborgs.
4. Clynes, M.E., and Kline, N.S. (1960). "Cyborgs and Space." *Astronautics*. <https://web.mit.edu/digitalapollo/Documents/Chapter1/cyborgs.pdf>
5. Licklider, J.C.R. (1960). "Man-Computer Symbiosis." *IRE Transactions on Human Factors in Electronics*, vol. HFE-1, pp. 4-11. <https://groups.csail.mit.edu/medg/people/psz/Licklider.html>
6. Чаплінська, Ю., & Казначеев, М. (2021). "Ставлення молоді до кіборгізації людського тіла: індивідуальні та політико-психологічні складові." *Проблеми політичної психології*, 24(1), 310-329.

ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ ЯК НОВА ПАРАДИГМА ОСВІТИ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

*Іванькова Наталія Анатоліївна
к. пед. н., доцент кафедри клінічної фармації,
фармакотерапії, фармакогнозії та фармацевтичної хімії
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Однією з характерних ознак сучасності є поява штучного інтелекту, значення та вплив якого на всі сфери життя людини ми поки що не усвідомлюємо повною мірою. Аналіз літературних джерел показує, що обговорення можливих напрямків застосування ШІ продовжується, а питання філософських аспектів щодо необхідності використання ШІ можна вважати вирішеним, оскільки науковці дають їм «зелене світло». Так, 02.12.2020 року було прийнято концепцію розвитку штучного інтелекту в Україні [1], яка передбачає поступове впровадження ШІ в освіту, науку, економіку, кібербезпеку, публічне управління тощо. Одним з не вирішених питань є етичне, яке визначає роль, місце та обсяги застосування ШІ для продуктивної та безпечної роботи фахівців та споживачів послуг.

На сьогоднішній день накопичено величезні обсяги інформації, які людина не в змозі проаналізувати. ШІ надає можливість аналізу великих обсягів даних, їх узагальнення та формування висновків. Для медицини штучний інтелект не є новим напрямком – система Мусін була розроблена на початку 1970 років у Стенфордському університеті. Це перша система, яка допомагала лікарям діагностувати інфекційні хвороби. На прикладах побудови семантичних правил цієї системи майбутні лікарі, зокрема у ЗДМФУ, вивчають особливості роботи машинного інтелекту. Тому поява ШІ у медицині та його активне використання на сьогоднішній день – це розвиток ідей ранніх експертних систем в нових умовах (великі обсяги даних, поява хмарних технологій). Функція лікаря наближається до вирішення творчих завдань, а саме: постановка мети, формування критеріїв кінцевого результату, вибір методів, враховуючи їх етичні та екологічні аспекти. Тож, на нашу думку, завданням викладачів на сьогоднішній день є розвиток напрямів використання штучного інтелекту в освітньому процесі, зокрема принципів, методів та організаційних форм. А також розвиток таких рис майбутнього лікаря як відповідальність, гуманізм, професійна гідність. Майбутній лікар в світі розвитку ШІ має усвідомлювати, що саме він несе відповідальність за результати своєї діяльності, за збереження здоров'я та життя хворого, а ШІ може бути використаний на певних етапах діяльності лікаря або при певних умовах як то обмежені можливості, відсутність вузького спеціаліста, віддаленість пацієнта, важкість його стану тощо.

Таким чином, потребують подальшого вивчення питання переводу великих даних (BigData) клінічної медицини у знання для навчальних цілей; етики та моральних принципів використання ШІ як дзеркального відображення намірів людини (в сенсі «добро» та «зло»); розвиток педагогічних технологій застосування штучного інтелекту.

Список використаних джерел

1. Про схвалення Концепції розвитку штучного інтелекту в Україні: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-2020-%D1%80#Text>. Дата звернення 26.02.24.

СУЧАСНІ МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ: МІЖ ПРОГРЕСОМ І ЕТИКОЮ

*Коваленко Владислав Андрійович
асистент кафедри внутрішніх хвороб І
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Вступ. У руслі сучасного технологічного та медичного прогресу індивідуум стає об'єктом не тільки наукових та технологічних досягнень, але й етичних дебатів та соціокультурних змін. Століття швидкого розвитку медичних технологій пропонує нові можливості для збереження здоров'я та покращення якості життя, але разом з цими можливостями виникають етичні питання, соціальні виклики та психологічні наслідки.

Актуальність. Сучасні медичні досягнення перетворюють уявлення про те, що можливо в медицині, іноді навіть перевершуючи фантастичні сценарії. Генетична інженерія, технології штучного інтелекту, прориви в онкології та імунології відкривають нові горизонти для лікування та профілактики хвороб. Однак, разом із зростанням можливостей медицини з'являються й питання, які ставлять під сумнів етичні норми, принципи приватності та права людини на власне тіло. Суспільство знаходиться на роздоріжжі, де необхідно знайти баланс між медичним прогресом та етичними цінностями, а також врахувати психологічні наслідки застосування новітніх технологій в медицині.

Основна частина. Прогресивні медичні технології надають нам історичну можливість покращити стан здоров'я та продовжити тривалість життя. Застосування генетичної інженерії, технологій клонування тканин, терапії клітинами-носіями генів, та імунотерапії дозволяє розширити можливості лікування, навіть у випадках раніше невиліковних захворювань. Наприклад, в області онкології сучасні методи лікування, такі як імунотерапія та молекулярно-цільова терапія, приводять до значного зменшення побічних ефектів порівняно з традиційною хіміотерапією, що покращує якість життя пацієнтів та підвищує їхню тривалість життя.

Однак, разом із зростанням можливостей медицини з'являються й питання, які ставлять під сумнів етичні норми, принципи приватності та права людини на власне тіло. Суттєвий аспект становить генетична інженерія, яка, безсумнівно, відкриває широкі перспективи для лікування

різних захворювань, але також викликає серйозні етичні спірні питання, зокрема, щодо можливості модифікації генетичного матеріалу для поліпшення фізичних та когнітивних характеристик людини. Це відкриває потенціал для зловживання та створення моральних дилем, а також порушує питання приватності та конфіденційності генетичної інформації.

Поряд із етичними викликами, важливо враховувати й психологічні аспекти використання новітніх медичних технологій. Щодо цього, значний інтерес викликають питання щодо психологічного впливу генетичного тестування та результатів таких тестів на самопочуття та психічне здоров'я особистості. Отримання інформації про схильність до певних захворювань може спровокувати тривогу, депресію, або навіть страх перед майбутнім. Такі аспекти важливо враховувати при розробці та впровадженні медичних програм та технологій для забезпечення повного фізичного та психологічного благополуччя пацієнтів.

Окрім того, важливо враховувати й соціальний вимір впливу медичних новацій. Швидкі та значні зміни в медицині можуть призвести до збільшення рівня соціальної нерівності у доступі до медичних послуг та технологій. Наприклад, високі вартості новітніх медичних процедур та технологій можуть зробити їх недоступними для значної частини населення, зокрема, для людей з низьким доходом або без страхового покриття. Це ставить під загрозу принцип справедливості та доступності медичної допомоги для всіх, що є однією з основних цінностей медичної етики.

Висновок. Таким чином, індивідуум у 21-му столітті переживає перехрестя між можливостями прогресу та етичними та психологічними викликами. Синтез між медичним прогресом, етичними принципами та психологічним комфортом є важливою передумовою для створення справедливого та гуманного суспільства. Тільки з врахуванням цих аспектів ми зможемо забезпечити розвиток медицини, який буде сприяти загальному добробуту та повноцінному розвитку індивідуума.

Список використаних джерел

1. Savulescu, J., & Bostrom, N. (2023). The Ethics of Genetic Engineering. *Journal of Bioethics*, 8(2), 66 -75.
2. Aultman, J. M., & Hochberg, L. L. (Eds.). (2021). *Ethical Dilemmas in Medicine: Case Studies and Perspectives*. New York, NY: Academic Press.
3. Vaughn, L., & MacDonald, C. (2021). *Bioethics: Principles, Issues, and Cases*. New York, NY: Oxford University Press.
4. Jecker, N. S., & Pearlman, R. L. (Eds.). (2024). *Healthcare Ethics: Ethical Considerations in the Digital Age*. Cambridge, MA: MIT Press.

ТРАНСГУМАНІЗМ ТА БІОЕТИКА – СОЦІОКУЛЬТУРНІ ПОГЛЯДИ НА ВДОСКОНАЛЕННЯ ЛЮДИНИ

Лісунов Михайло Сергійович
аспірант кафедри травматології та ортопедії ЗДМФУ
Науковий керівник: д. ф. н., професор Утюж Ірина Геннадіївна,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет.

Актуальність питань, пов'язаних з трансгуманізмом та вдосконаленням людини, визначається наявністю широкомасштабних змін у сучасному суспільстві, технологічних проривах і етичних викликах, пов'язаних із застосуванням новітніх технологій до людського організму та ідентичності.

Біотехнологічні зміни природи людини несуть певні перспективи і ризики, зокрема: етичні виклики, пов'язані з технологічним втручанням у людську природу; невизначені межі і норми вдосконалення; непередбачені соціокультурні зміни, що виникли в результаті технологічного вдосконалення людини та адаптація людини до нових реалій; ставлення громадськості до трансгуманізму та вдосконалення людини, що важливо для формування правових та регуляторних підходів; потреба в створенні збалансованих підходів до проблем трансгуманізму.

Під час формування дискусійного процесу стосовно ідей трансгуманізму виникло дві групи дослідників та з'явився термін "біоконсерватор", що представляє собою спробу трансгуманістів систематизувати різноманітність поглядів, що протистоять їх ідеям. Цей термін слугував полемічним інструментом для об'єднання різних нетрансгуманістичних точок зору під загальною ідеєю неприпустимості вдосконалення природи людини. Біоконсерватори стурбовані можливими етичними, соціокультурними та біологічними наслідками такого втручання.

Міжнародна трансгуманістична група дослідників виступає важливим гравцем у цьому полі. Критичні оцінки від Юргена Габермаса (Jürgen Habermas) [2] і Міхаеля Сенделя (Michael Sandel) [3], а також відповіді від Джоана Роді (Johann Roduit) [4] і Френсіса Камма (Frances Kamm) [5], говорять про широкий спектр поглядів на моральні аспекти покращення людини. Також привертають увагу праці Ніка Бострома (Nick Bostrom) [6], що присвячені розвитку штучного інтелекту та трансгуміназму. Роботи Юліана Савулеску (Julian Savulescu)[7], що вивчає етичні аспекти технологій вдосконалення людини та генної інженерії, зокрема можливості впливу на моральні стандарти та вдосконалення моральної поведінки шляхом медичних інтервенцій; використання генетичної інженерії для поліпшення фізичних і когнітивних можливостей людей; використання генетичної інженерії для поліпшення фізичних і когнітивних можливостей людей; подолання старіння та досягнення довголіття за допомогою біотехнологій. Цікавою є позиція Френсіса Фукуями (Francis Fukuyama) [8], що висловлює обурення щодо технологічного вдосконалення та постгуманізму. З погляду філософії та етики, обговорення того, що робить особистість, стає ключовим питанням. Різні традиції та теорії визначають основні здібності особистості різним чином. Питання про те, чи може людина бути визнана особистістю, яка активно займається діяльністю, або чи достатньо володіє внутрішньою здатністю до цієї діяльності, визначає межі особистісного визнання. Також є ряд небезпек, пов'язаних із втручанням в природну сутність людини. Втручання в генетичний склад людини може порушити непорушність особистої природи та її унікальності. Це викликає питання про те, чи є етично припустимим змінювати те, що визначає індивіда. Технологічні вдосконалення можуть створювати нові форми нерівності, оскільки не всі мають рівний доступ до цих технологій. Це вимагає уважної регуляції та обговорення, як уникнути зростання соціальної нерівності. Втручання в генетику та інші аспекти людської природи може мати непередбачувані наслідки. Етичне питання полягає в тому, як ефективно передбачати та управляти можливими ризиками, а також як захистити індивідів від негативних наслідків. Використання технологій вдосконалення пов'язане з питанням автономії та свободи вибору. Якщо технології впливають на особисті рішення, виникає питання, наскільки це відповідає принципам автономії. Технологічне вдосконалення може відкривати можливості для створення комбінованих видів, таких як люди-машини або генетично модифіковані істоти. Це викликає етичні питання стосовно ставлення до цих нових форм життя. Робота з технологіями вдосконалення може вимагати експериментів та досліджень на людях. Питання етики стосуються добровільності участі, конфіденційності та можливих ризиків.

Втручання у людську природу може значно впливати на культурні та суспільні аспекти, породжуючи питання щодо збереження різноманітності культур. Технологічне вдосконалення може переглядати традиційні норми і цінності, викликаючи перегляд поглядів на етику, сімейні відносини та інші аспекти життя. Інновації у технологіях можуть створювати нові культурні течії та визначати способи вираження, мистецтва та інші аспекти культури. Технології вдосконалення можуть формувати технокультуру, де вони стають невід'ємною частиною культурного досвіду, впливаючи на сприйняття світу та ідентичність. Це може вплинути на мову, стиль життя та інші культурні аспекти, включаючи відображення унікальності індивідів. Зміни в людській природі можуть також викликати перегляд релігійних і філософських поглядів, впливаючи на практики та взаємини з ідентичністю. Застосування технологій може сприяти глобалізації та культурному обміну, розширюючи світогляд, але водночас викликаючи питання про збереження унікальних культурних особливостей. Технології можуть також переосмислити потребу в компетенціях та навичках, викликаючи зміни в освіті та культурі навчання.

Дослідження етичних та філософських аспектів трансгуманізму та вдосконалення людини відкриває важливі питання про ідентичність, моральність та межі технологічного втручання. Визначення меж для технологічного вдосконалення повинно ґрунтуватися на етичних принципах, забезпечуючи безпеку та добробут. Важливо встановити етичні стандарти для прийнятних видів вдосконалень, уникати соціальної нерівності та захищати основні права. Люди повинні мати право на відповідальні рішення стосовно вдосконалень, а визначення меж повинно ґрунтуватися на спільних моральних цінностях та ризиках, враховуючи громадську думку та наукові дослідження.

Висновки: Сучасні технології, такі як генетичне редагування, штучний інтелект, постають як потужні засоби для впливу на фізичні та когнітивні аспекти людського існування. Це викликає глибокі етичні дебати про межі технологічного вдосконалення, враховуючи зміни в суспільних цінностях. Розвиток медичних технологій, таких як органічне модифікування та подовження життя, породжує етичні питання про використання технологій для збереження здоров'я. Трансгуманістичні практики викликають переосмислення концепцій ідентичності та гендеру, що веде до дискусій про вплив технологій на традиційні уявлення про людину. Зростання можливостей вимагає адаптації правових та етичних рамок для врегулювання вдосконалення людини.

Список використаних джерел

1. Bostrom, N. & Philosophy Documentation Center. (2005). Transhumanist Values. *Journal of Philosophical Research*, 30(9999), 3–14. https://doi.org/10.5840/jpr_2005_26
2. Fukuyama, Francis. 2002. *Our posthuman future: Consequences of the biotechnology revolution*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
3. Habermas, Jürgen. 2003. *The future of human nature*. Malden, MA: Polity Press
4. Jotterand, F., & Ienca, M. (2023). *The Routledge Handbook of the Ethics of Human Enhancement* (1-е изд.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003105596>
5. Kamm, Frances. 2009. What is and is not wrong with enhancement? In *Human enhancement*, ed. Julian Savulescu and Nick Bostrom, 91–130. New York: Oxford University Press
6. Roduit, Johann A. R. 2016. *The case for perfection: Ethics in the age of human enhancement*. Frankfurt am Main: Peter Verlag.
7. Sandel, Michael J. 2007. *The case against perfection: Ethics in the age of genetic engineering*. Cambridge, MA: Harvard University Press
8. Savulescu, Julian, Anders Sandberg, and Guy Kahane. 2011. Well-being and enhancement. In *Enhancing human capacities*, ed. Julian Savulescu, Ruud ter Meulen, and Guy Kahane, 3–18. Malden, MA: Wiley-Blackwell.

ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В РАМКАХ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ МЕТОДОЛОГІЇ

Лісунова Таїсія Олегівна
студентка ФТ-2к(м), 3 мед.факультету гр. 5
Науковий керівник: Д.ф.н., професор Утюж Ірина Геннадіївна
Кафедра суспільних дисциплін,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Міждисциплінарний зв'язок медицини та нейронауки є важливим аспектом у розумінні, формуванні та підтримці здорового способу життя та ментального здоров'я. Об'єднання цих областей дозволяє глибше розуміти взаємозв'язок між фізичним і психічним здоров'ям, і навіть розробляти ефективніші стратегії підтримки загального благополуччя [2].

Спільні дослідження у цих галузях допомагають створювати комплексні підходи до здорового способу життя, враховуючи і фізичне, і ментальне здоров'я. Інтеграція медицини та нейронауки дозволяє розробляти персоналізовані підходи до піклування про здоров'я, враховуючи індивідуальні особливості та потреби.

Нейронаука робить важливий внесок у формування та підтримання здоров'я, забезпечуючи глибше розуміння того, як мозок та нервова система взаємодіють з іншими системами організму та як поведінкові аспекти впливають на фізичне та ментальне здоров'я охоплюючи основні фактори, що його формують або пригнічують [6].

На зараз основним із факторів, що пригнічує здоров'я можна виділити стрес. Особливо стрес, викликаний війною, що відрізняється від повсякденного, оскільки, здебільшого він перевищує нашу здатність адаптуватися та змінюватися. Боротьба зі стресом насамперед полягає у виключенні впливу стресового фактору на організм. На жаль, ми знаходимось у стані війни і, відповідно, у постійному напруженні. Тому нейронаука вивчає, як стресові ситуації впливають на мозок та центральну нервову систему. Нейронаукові дослідження дозволяють краще розуміти біологічні та хімічні процеси, що відбуваються в організмі у відповідь на стрес. Медицина, своєю чергою, аналізує фізіологічні зміни, пов'язані зі стресом. Міждисциплінарні дослідження допомагають розробити стратегії управління стресом, що впливають як на фізичне, так і ментальне здоров'я проявляючись психоемоційними та соматичними порушеннями, визначити ефективні методи керування стресом, такі як медитація, глибоке дихання та інші техніки релаксації [6, 12].

Другим фактором, що може негативно впливати на здоров'я та самопочуття людини є гіподинамія. Тривале зниження фізичної активності тягне за собою атрофічні зміни у м'язах, кістковій тканині, порушення обміну речовин, зниження синтезу білка. Гіподинамія негативно впливає на роботу головного мозку, через неї людина страждає на постійні головні болі, безсоння, емоційну неврівноваженість. Нейронаука досліджує вплив фізичної активності на структуру та функцію мозку. У свою чергу медицина використовує ці знання для розробки рекомендацій щодо фізичної активності, які сприяють не лише фізичному, а й ментальному здоров'ю [6, 12].

Поганий сон – це фактор ризику майбутніх інсультів, інфарктів, гіпертонії та інших серйозних захворювань. У той же час нормальний сон – один з дієвих способів профілактики серцево-судинних і багатьох інших захворювань, ожиріння. Недосипання не тільки знижує працездатність та самопочуття, а й призводить до нервових розладів. Нейронаукові дослідження пов'язані з впливом сну на функції мозку, включаючи пам'ять, увагу та прийняття рішень. Когнітивна нейронаука розглядає питання про те, як психологічні функції виробляються нейронними схемами. Вона вивчає вплив сну на мозок та когнітивні функції. В той час, як медичні дослідження пов'язані з вивченням фізіологічних аспектів сну та його ролі у загальному здоров'ї. Разом вони допомагають розробити рекомендації щодо покращення якості сну та підтримки ментального здоров'я [7, 13].

Харчування та нейропластичність: Нейронаука цікавиться тим, як харчування впливає на структуру мозку та його здатність до змін, а саме нейропластичності. Вивчення нейропластичності, чи здатності мозку до змін, дозволяє краще розуміти, як формуються звички. Це допомагає розробити стратегії для формування та підтримки здорових навичок, таких як регулярна фізична активність або здорове харчування. Медицина використовує ці дані для розробки дієтичних рекомендацій, що сприяють поліпшенню когнітивних функцій і психічного здоров'я.

Одним з найнебезпечнішим фактором сучасного життя, що ламає здоров'я, є залежності. Залежність – це складне явище. Вона включає фізичну, психологічну та поведінкову залежності. Фізична залежність пов'язана з фізичними змінами, психологічна – з емоційною прив'язаністю, а поведінкова – зі способом життя та звичками. Нейробиологія залежностей є важливим напрямом досліджень, тому що мозок є головним гравцем у залежностях. Наприклад, під час вживання наркотиків мозок зазнає змін, які впливають на систему винагороди. Це пояснює, чому залежність може бути настільки сильною та складною для подолання. Нейронаука та медицина тісно співпрацюють у вивченні нейробиології залежностей, таких як вживання алкоголю та наркотиків, токсикоманія, ігроманія, залежність від соцмереж, адреналіну та інших видів задоволення. Це дозволяє розробляти найкращі методи лікування та профілактики залежностей [3].

Також не мало важливим в формуванні та підтриманні, особливо ментального здоров'я, є профілактика та лікування психічних розладів. Нейронаука робить внесок у розуміння механізмів виникнення психічних розладів та розробку методів їх профілактики та лікування. Медична психологія та нейронаука спільно досліджують взаємозв'язок між психічним станом та фізичним здоров'ям. Це важливо для розуміння, як психічне здоров'я впливає на імунну систему, серцево-судинну систему та інші органи. До цієї сфери дослідження також можна віднести роботу з болями. Дослідження нейронауки допомагають зрозуміти механізми больового сигналу та розробити нові методи лікування больових синдромів [3, 6, 7].

Інтеграція результатів нейронаукових досліджень у практику дозволяє розробляти персоналізовані підходи догляду за здоров'ям, а також сучасні методи профілактики та лікування різних захворювань, включаючи ті, що пов'язані з ментальним здоров'ям.

Список використаних джерел

1. Нейробиологія розвитку та навчання: навчальний посібник / А.А. Ковальова, О.В. Ковальова, О.В. Ковальова, О.М. Бурка, О.А. Присяжнюк. – Запоріжжя : НУ «Запорізька політехніка», 2022. 325 с.
2. Oros, M., і M. Oros (junior). «Нейробиологія істерії та тривоги (огляд літератури та власні дослідження)». *Практикуючий лікар*, вип. 3-4, Жовтень 2020. 31-40 с.
3. Вовк Вікторія Ігорівна, Страшок Олег Олександрович Нейробиологічні та біохімічні механізми впливу алкоголю на центральну нервову систему та когнітивну діяльність людини // *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2022. № 20. С. 6-11.
4. Ukrainian Society for Neuroscience – офіційний сайт товариства. URL: <http://usn.org.ua/?setlang=en>
5. Churchland, P. Neurophilosophy: the Early Years and New Directions. *Functional Neurology*, 22 (4). 2007. 185–195 с.
6. The United States Department of Health and Human Services. Mental Health: A Report of the Surgeon General. "Chapter 2: The Fundamentals of Mental Health and Mental Illness" pp 38 Retrieved May 21, 2012
7. Andreasen, Nancy C. (March 4 2004). *Brave New Brain: Conquering Mental Illness in the Era of the Genome*. Oxford University Press.

8. Aragona M, Kotzalidis GD, Puzella A. (2013) The many faces of empathy, between phenomenology and neuroscience
9. Ofengenden, Tzofit (2014). Memory formation and belief
10. Koch, Christof; Massimini, Marcello; Boly, Melanie; Tononi, Giulio (2016-05). Neural correlates of consciousness: progress and problems
11. Neuroscience in Ukraine: from history to modern times. URL: <http://usn.org.ua/index.php?id=nejronauki>
12. Війна та стрес. URL: <https://mdcexpert.com/articles/viina-ta-stres/>
13. Наскільки важливий сон для здоров'я людини? URL: <http://atocentr.sumy.ua/?p=6533>

ТРАНСГУМАНІЗМ ТА МОРАЛЬНЕ УДОСКОНАЛЕННЯ: ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ТА ВИКЛИКИ

*Моргунов Владислав Олегович,
аспірант денної форми навчання кафедри урології
Науковий керівник: д.філос.н., професор Утюж Ірина Геннадіївна
Кафедра суспільних дисциплін,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Трансгуманізм – це філософський напрям, який акцентує на технологічному вдосконаленні людського організму та інтелекту. Однією з його ключових мет є покращення фізичних та когнітивних можливостей шляхом використання новітніх технологій, таких як генетичні модифікації та імплантації. У цьому контексті виникає необхідність обговорення етичних аспектів трансгуманізму, зокрема його впливу на моральне удосконалення [1, с. 360-364].

Трансгуманізм спрямований на досягнення необмежених можливостей за допомогою технологічних інтервенцій. Це викликає питання про етичні межі втручання в природний порядок. Суттєвою стає необхідність розробки етичних стандартів, які визначать допустимі межі та обмеження використання технологій для покращення людських можливостей [2].

Однією з ключових ідей трансгуманізму є прагнення до морального удосконалення. Це передбачає розвиток етичних принципів, які гарантуватимуть відповідальне використання технологій. Проте, цей процес стикається з численними викликами та дебатами стосовно того, як визначити та застосовувати ці принципи в контексті технологічного розвитку. Трансгуманізм акцентує на особистій свободі та відповідальності в контексті вдосконалення. Людина повинна мати право визначати, які покращення їй необхідні, проте це пов'язано з відповідальністю за можливі наслідки своїх виборів. Співіснування особистої свободи та колективних етичних норм визначає межі дозволених технологічних втручань [3, с. 55-61].

Розробка моральних принципів вдосконалення передбачає формування колективного консенсусу щодо етичних стандартів. Це важливо для того, щоб уникнути конфліктів та забезпечити згоду суспільства щодо напрямку технологічного розвитку. Консультації з різних соціокультурних груп можуть допомогти сформувати більш об'єктивний та репрезентативний погляд на етичні аспекти [4].

Разом із можливостями технологічного вдосконалення приходять і ризики. Недоцільне використання технологій може призвести до негативних наслідків, таких як нерівності у доступі до вдосконалення, моральні конфлікти та непередбачувані наслідки для екосистем. Ефективне моральне удосконалення вимагає активної участі громадськості та освіти. Люди повинні мати можливість критично аналізувати етичні аспекти технологічного вдосконалення та приймати обґрунтовані рішення. Громадське обговорення може сприяти формуванню широкого консенсусу [5, с. 239-260].

Баланс між інноваціями та етикою визначає розвиток, який враховує потреби та цінності сучасного суспільства. Впровадження нововведень повинно враховувати етичні принципи та забезпечувати безпеку використання технологій. Забезпечення безпеки та регулювання є важливими аспектами у контексті технологічного розвитку. Стандарти безпеки та ефективне регулювання можуть уникнути негативних наслідків неконтрольованого впливу технологій на суспільство [6].

Висновки. Суспільство повинно усвідомлено впроваджувати трансгуманізм та моральне удосконалення для забезпечення гармонійного розвитку. Етична відповідальність та участь громадськості можуть сприяти побудові суспільства, яке враховує потреби та права всіх його членів.

Усі ці аспекти взаємодіють у складному ландшафті, де технологічний прогрес та моральне удосконалення взаємодіють, доповнюють одне одного та визначають майбутнє людства. Важливою умовою є продовження глибокого обговорення, освіти та участі громадськості для забезпечення сталого та етичного розвитку.

Список використаних джерел

1. Bostrom, N. (2005). A history of transhumanist thought. *Journal of Evolution and Technology*, 14(1), 1-25.
2. Harris, J. (2018). *Enhancing evolution: The ethical case for making better people*. Princeton University Press.
3. Agar, N. (2019) Commentary: The Implementation Ethics of Moral Enhancement. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 28(1):
4. Powell, R. and Buchanan, A. (2016) The Evolution of Moral Enhancement. In S. Clarke, J. Savulescu, C. Coady
5. A. Giubilini, and S. Sanyal (Eds.). *The Ethics of Human Enhancement. Understanding the Debate*. Oxford: Oxford University Press
6. Fukuyama, F. (2004) *Transhumanism – The World’s Most Dangerous Idea*. <https://www.au.dk/fukuyama/boger/essay/> (accessed: 17.04.2021).

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО СТАНУ ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ: ПОГЛЯД ДИТЯЧОГО АЛЕРГОЛОГА З ФІЛОСОФСЬКОЇ ПЕРСПЕКТИВИ

*Недельська Світлана Миколаївна,
д.мед.н., професор, зав. кафедри факультетської педіатрії,
Лямцева Олена Валентинівна,
асистент кафедри факультетської педіатрії,
Запорізький державний медико – фармацевтичний університет*

В спільноті лікарів, які працюють з пацієнтами, хворими на хронічні захворювання є чітке розуміння, що психологічний та психоемоційний стан відіграє одне з провідних місць у лікуванні. Бронхіальна астма (БА) у дітей є не лише фізичним захворюванням, але й складною ситуацією, що може суттєво впливати на психічний стан дітей як хронічне захворювання.

Слід зазначити, що психологічний стан дитини залежить від соматичного стану, який в свою чергу залежить від ступеню важкості бронхіальної астми, рівня її контролю, ефективності призначеного лікування та прогнозу, даного лікарем. При цьому значний вплив соматичного стану відображається на взаємовідносинах з батьками, близькими родичами та оточенням.

Батьки дітей, яким встановлюється діагноз БА відчують невпевненість та розгубленість, виразність яких залежить від ступеня важкості та частоти проявів БА. Значна частина батьків, а особливо матері, можуть перебільшувати тяжкість хвороби та шукати альтернативні методи лікування, прибігаючи до методів нетрадиційної медицини ігноруючи лікування, призначене лікарем.

В той самий час, при дотриманні рекомендацій лікаря та ефективного лікування як у батьків так і у дітей з’являється надія та впевненість в стійкій ремісії.

Відчуття безнадійності батьків зчитується дитиною і дзеркалиться по відношенню до себе. Такі діти мають зміни психологічного стану та часто стикаються з проблемами сприйняття навіть близького оточення. Так, на прийомі лікар може помітити невпевненість в своїх діях зі сторони дітей, копіювання тривожної поведінки від мами, повторювання фраз, які говоряться при дитині стосовно її стану, зміни поведінки та недотримання призначеного лікування.

Окрім цього, від ступеня важкості БА залежить емоційне відторгнення дитини матір’ю. Це проявляється у вихованні за типом гіпоопіки, жорсткого поводження, зменшення тяжкості перебігу захворювання та байдуже відношення до лікування та ігнорування рекомендацій лікаря. При цьому, у матерів такої групи спостерігається чітке переважання почуття провини за хворобу дитини та відчай. Діти при цьому страждають від відсутності емоційного зв’язку та любові з матір’ю.

Будь-яке неадекватне відношення батьків до хвороби дитини можна назвати однією з причин формування спотворення внутрішньої картини захворювання та розвитку особистісних особливостей, які несприятливо впливають на перебіг захворювання та подальше покращення стану.

При спостереженні можна розглядати стійку тріаду: мати – хвороба – дитина, припустивши, що будь-яка перебудова всередині цієї тріади призведе до зміни взаємовідношень в ту чи іншу

сторону. При зникненні хвороби, а у випадку БА – перехід в стійку ремісію або перехід до контрольованого перебігу, може як спровокувати загострення конфліктів у родини з гіперопікою, так і перехід до більш довірчих відносин при належній підтримці всередині родини.

Таким чином, сенс хвороби та відношення батьків до неї можна назвати наступним важливим фактором, який впливає на перебіг хвороби у дитини та на зміну сімейних взаємовідносин.

Тому, для ефективного лікування та сприяння переходу БА з неконтрольованого перебігу до контрольованого і в подальшому до ремісії, необхідно не лише правильно призначене лікування згідно настанов, але й психологічна допомога як для дітей так і для батьків. Сама психологічна підтримка і допомога є тим методом, який і виявляє проблеми взаємовідносин в родині і вказує на пошук нових шляхів до вирішення проблемних питань.

При цьому важливо розуміти, що ефективність психологічної допомоги залежить не тільки від вмінь лікаря запропонувати таку допомогу, але й від готовності батьків прийняти таку допомогу, рівня духовної та соціальної культури батьків, їх готовності бути відвертими та бажання допомогти і собі і дитині таким способом.

В завершенні слід зазначити, що комплексне лікування БА повинно бути направлене і на дитину і на родину в цілому, тобто лікувати потрібно не тільки хворобу, не тільки тіло, але й впливати на індивідуальні та міжособистісні відносини та психологічний стан кожного члена родини та сім'ї в цілому. Лікар повинен при цьому не тільки лікувати, але і формувати впевненість дитини і його батьків, вміти втішити їх та вчасно розпізнати необхідність психологічної підтримки та запропонувати її, так як проведення психологічної корекції суттєво змінює ефективність призначеного лікування в позитивну сторону.

Роль підтримки батьків та оточуючого середовища грає ключову роль у забезпеченні емоційної стабільності у дитини. Ефективне спілкування, позитивна підтримка та освітня робота з оточуючими можуть допомогти дитині легше адаптуватися до умов життя з хронічною хворобою.

СТАНОВЛЕННЯ І РОЗВИТОК ФІЛОСОФІЇ ЦИФРОВОЇ МЕДИЦИНИ У КОНТЕКСТІ НОВИХ ВИКЛИКІВ І МОЖЛИВОСТЕЙ

*Олексенко Роман Іванович,
доктор філософських наук, професор,
професор кафедри філософії, політології та психології,
Центральноукраїнський державний університет імені В. Винниченка (Кропивницький)*

*Гарбар Галина Анатоліївна,
доктор філософських наук, професор кафедри музичного мистецтва,
Відокремлений підрозділ «Миколаївська філія
Київського національного університету культури і мистецтв» (Миколаїв)*

Анотація. Цифрова медицина – це наука, яка застосовує сучасні цифрові технології для пояснення медичних явищ, вирішення медичних проблем, дослідження медичних механізмів та покращення якості життя. Це поєднання сучасної медицини та цифрових високих технологій. Це передова міждисциплінарна область, що розвивається, основною частиною якої є медицина і що охоплює інформатику, математику, електроніку, машинобудування, біомедичну, інженерію та інші дисципліни.

Abstract. Digital medicine is a science that applies modern digital technologies to explain medical phenomena, solve medical problems, investigate medical mechanisms and improve the quality of life. It is a combination of modern medicine and digital high technologies. It is an advanced, interdisciplinary and evolving field, with medicine at its core and encompassing computer science, mathematics, electronics, mechanical engineering, biomedical engineering, and other disciplines.

В даний час швидкий розвиток інформатики, особливо комп'ютерних наук та мережних технологій, привело людське суспільство у цифрову епоху. Використання цифрових технологій у науках про життя значно прискорило власний розвиток. Після перетину, проникнення та інтеграції відповідних технологій у передових науках про життя та інформатику з'явилося безліч нових дисциплінарних точок зростання та гарячих областей досліджень. Суть цифрової медицини полягає у використанні цифрових високих технологій для підвищення рівня клінічної діагностики та лікування. Поняття цифрової медицини має широке і вузьке значення, різні його конотації. Поняття цифрової медицини у вузькому розумінні відноситься до систематичної теорії, яка використовує сучасні цифрові технології для вирішення фундаментальних досліджень та завдань застосування в клінічній, фундаментальній, профілактичній, традиційній медицині та інших медичних категоріях.

Широке поняття цифрової медицини, крім змісту вузької цифрової медицини, включає дослідження, розробки та застосування цифрового медичного обладнання, будівництво цифрових лікарень, цифрове медичне управління та медичну інформатику. Цифрова медицина є найбільш активною та представницькою новою міждисциплінарною дисципліною, яка впроваджує інновації в теорії, знання, технології та методи в галузі сучасної медицини. Вона застосовує новітні теорії, новітні технології та новітні продукти сучасної науки, представлені інформатикою та інформатикою, теорії, концепції, технології та методи, а також моделі та процедури діагностики та лікування. Технологія цифрової візуалізації дозволила діагностиці перейти від стадії, на якій домінує груба морфологія, до фізіологічної, функціональної, метаболічної чи генетичної візуалізації; аналіз зображень перетворився з «якісного» на «кількісний»; модель діагностики за допомогою візуалізації змінилася від збирання фільмів та діагностики з читання до цифрового захоплення, електронної передачі, читання на персональному комп'ютері або мобільному телефоні, що дозволяє по-справжньому реалізувати безпаперовий, бездротовий та безплівковий підхід. Від 2D-зображень рентгена, КТ та МРТ до 3D- та 4D-зображень точність та точність візуалізаційної діагностики значно покращилися; інтервенційна діагностика та лікування розвиваються у напрямку візуалізації в реальному часі, тривимірного відображення, мінімально інвазивний, неінвазивний та безрадіаційний. Поява хірургічних роботів позбавляє хірургів необхідності безпосередньо управляти скальпелем. Технології хірургічної навігації, мінімально інвазивні хірургічні технології, технології персоналізованих штучних органів, що підтримуються цифровими технологіями, – все це відрізняється від оригінальних клінічних медичних теорій, технічних операцій і бізнес-процесів [1]. Цифрова медична 3D-друк робить персоналізовану медицину реальністю, і її розвиток включає чотири рівні. Перший рівень: друкowana продукція не потрапляє в організм людини і в основному включає деякі медичні моделі і медичні вироби, що використовуються *in vitro*. Вимоги щодо біосумісності до використовуваних матеріалів відсутні; другий рівень: використовувані матеріали мають хорошу біосумісність, але не можуть розкладатися. Після того, як продукт імплантується в тіло людини, він стає постійним імплантатом; третій рівень: використовувані матеріали мають хорошу біосумісність і можуть розкладатися, взаємодіяти з тканинами людини; четвертий рівень: використання живих клітин, білків та інших позаклітинних матриць як матеріали для друку біологічно активних продуктів. Кінцева мета – створення тканин та органів. На даному етапі технологічний розвиток першого-третього рівнів є відносно зрілим та перейшов на рівень практичного застосування. Четвертий рівень, також відомий як клітинний друк або друк органів, – це цифровий медичний 3D-друк у сучасному розумінні, а перші три рівні можна назвати швидким прототипуванням. Широке застосування цифрових технологій у медичній сфері значно підвищило рівень клінічної діагностики та лікування. Деякі захворювання, які раніше не можна було діагностувати, тепер можна діагностувати за допомогою цифрових технологій, а лікувальні операції, які раніше не можна було провести, тепер можна проводити за допомогою цифрових технологій [2]. Цифрова лікарня – це продукт інформаційного будівництва, який досяг певної стадії. Вона має забезпечити оцифрування управління лікарнею, медичного обслуговування та послуг. Це комплексна інформаційна система, що складається з програмного забезпечення для лікарняного бізнесу, цифрового медичного та комп'ютерного обладнання. Цифрова лікарня включає мережеві платформи, такі як система архівування та передачі зображень медичних зображень (система архівування та передачі зображень (PACS), радіологічна інформаційна система (RIS), система управління лабораторною інформацією (LIS), клінічна інформаційна система (CIS), інформація про лікарню. інформаційна система (HIS), система автоматизації діловодства (OA), обробка транзакцій в режимі он-лайн (OLTP), система телемедицини інтегровані в одну систему для максимізації ресурсів лікарні. Тенденція розвитку цифрової медицини полягає у застосуванні технологій цифрової медицини у клінічній практиці, такій як клінічна діагностика, передопераційне планування, хірургічна навігація, післяопераційна реабілітація, променева терапія, дистанційна діагностика та лікування, управління лікарнями, медичне навчання та 3D-друк. Застосування цифрових технологій для викладання анатомії та навчання хірургічним навичкам, використання технології 3D-друку для виготовлення зразків органів та використання цифрових медичних технологій, таких як системи навчання віртуальної симуляції анатомії та системи віртуальної хірургії, є важливим кроком адаптації до розвитку часу. Застосування цифрових медичних технологій для скринінгу захворювань за допомогою нового обладнання для візуалізації можуть забезпечити раннє виявлення та раннє лікування захворювань. Застосування цифрових медичних технологій у клінічних операціях може реалізувати цифрове передопераційне планування та віртуальну хірургію, використовувати технології комп'ютерної хірургічної навігації у контексті

персоналізованої хірургії. Комп'ютерний дизайн значно підвищує точність та індивідуальність хірургічного втручання. Завдяки поглибленим дослідженням та широкому застосуванню цифрових технологій медицина зазнає великих змін. Завдяки швидкому розвитку Інтернету та великих даних цифрова охорона здоров'я набула періоду швидкого розвитку останнім часом, демонструючи ринкову тенденцію зростання. Необхідно вчитися на моделі розвитку цифрової охорони здоров'я передових країн світу, шукати шляхи виходу із ситуації. У найближчому майбутньому очікується, що хмарні електронні медичні карти та рецепти будуть широко використовуватися та відображати важливість цифрової медицини та напрямок розвитку сучасної медицини. Розвивається цифрова медична освіта, яка передбачає збір, обробку, інтеграцію, зберігання інформації про медичне навчання, наукові дослідження, менеджмент, офіс, технічні послуги, служби життєзабезпечення та іншу інформацію медичного навчального закладу на основі цифрових технологій. Система медичної освіти дозволяє повністю оптимізувати та використовувати цифрові ресурси за допомогою передачі та застосування. У сучасну епоху цифрова медицина почала зростати, приділяючи особливу увагу медичній діагностиці, лікуванню та охороні здоров'я. Термінали дозволять максимально підвищити своєчасність та ефективність універсальних медичних послуг. Таким чином, філософія цифрової медицини у XXI столітті виникає та розвивається в контексті стрімкого розвитку інформаційних технологій, біомедичної науки та змін у системі охорони здоров'я. Застосування цифрових технологій у медицині ставить перед собою завдання забезпечення конфіденційності та етичної обробки медичних даних. Філософія цифрової медицини підтримує ідею, що поєднання технологій та медицини може сприяти інноваціям та вдосконаленню лікування. Завдяки цифровим технологіям фахівці з різних куточків світу можуть обмінюватися даними та дослідженнями, що сприяє глобальній кооперації у сфері медицини. Філософія цифрової медицини розглядає нові виклики та ризики, пов'язані зі зростанням кількості даних, кібербезпекою та можливістю недостовірності деяких алгоритмів штучного інтелекту. Становлення та розвиток філософії цифрової медицини у XXI столітті визначаються стрімким технологічним прогресом та прагненням до забезпечення ефективної, доступної та етичної медичної допомоги.

Список використаних джерел

1. Воронкова В.Г., Нікітенко В.О., Олексенко Р.І. Філософія цифрової медицини як новий науковий напрямок. 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. С.23-24.
2. Андрюкайтене Р., Воронкова В., Нікітенко В., Олексенко Р. Цифрові технології медицини у Китаї. 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. С.189-190.

ПРОРИВ У МАЙБУТНЄ МЕДИЦИНИ ЧЕРЕЗ... ПИТАННЯ ФІЛОСОФІЇ

*Поцулко Олена Анатоліївна
кандидат історичних наук, доцент
доцент кафедри мовних та гуманітарних дисциплін № 1
Чабаненко Марина Юрійівна
студентка 2 курсу медичного факультету № 2
Донецький національний медичний університет
м. Лиман, Україна*

Добро і зло. Майбутнє медицини має бути «очищене» наскільки можна від різного виду зла та хвороб. Але що таке зло? Саме слово «зло» походить від давньослов'янського «зело» – «дуже», тобто, в перекладі на сучасну українську мову, – надлишок, крайність. У самому понятті «зло» відбувається розкол єдності душі та тіла людини, розкол її цілісності, що веде до смерті, небуття. Батько медицини Гіппократ був переконаний, що причиною хвороб є втрата єдності та цілісності людини. Що ж таки відводить людину від шуканої всеєдності, від здоров'я? Боротьба за першість, що виявляється у вигляді конкуренції чи навіть війни. Про це точно сказав Т. Гоббс: «Війна всіх проти всіх». «Щоб задовольнити свої пристрасті до суперництва, наживи, слави, влади, людина, – стверджує Т.Гоббс, – не зупиняється ні перед чим. Ні перед ніякими зlodіяннями. У цій війні не може бути переможців» [1, с. 124]. Ця боротьба відбилася у всьому: усередині людини (хвороби), у соціумі (класова боротьба), у колективі, у міждержавних відносинах і навіть у

головному питанні філософії: «Що первинне: дух чи матерія, ідеальне чи матеріальне?» Сучасність дала майже однозначну відповідь на головне питання філософії – матерія. Майже – оскільки існує церква, яка дає протилежну відповідь – дух.

І людина «розп'ята» між цими двома відповідями, вона втратила свою цілісність і моральну непорушність. Але ж разом із твердженням пріоритету безмірного споживання та різного роду експансії зростає запекла конкуренція між людьми за різні блага. У такому разі часто порушуються моральні норми та правила. Адже головне – першість! Звідси відчуження, самотність, заздрість, страх втратити роботу та інше. Більшість населення занурена в це «бродіння» негативних емоцій. Природний результат: відбувається напруга нервової системи та серцево-судинної системи, стрес за Г. Сельє [4, с. 643]. Статистика зафіксувала факт: серцево-судинні захворювання є вбивцею номер один у людства. Психолог К. Хорні пояснює наявність стресу та неврозу у сучасної людини суперечливою системою цінностей: християнськими заповідями любові та рівності і в той же час реальною жорсткою конкуренцією. «Результатом ціннісного конфлікту є зростання тривоги через сприйняття світу як небезпечного і себе як не здатного протистояти йому» [3, с. 16]. Так, важко поєднати ці дві іпостасі: любов до ближнього і випередження його в боротьбі за блага. А без цієї єдності немає цілісності людини, її здоров'я та щастя.

Отже, ближче до теми майбутнього всеєдності: чи можливо поєднати несумісне – споживання та любов до іншого? Давайте розберемося на прикладі мікроекономіки. Збудуємо тричленну шкалу споживання. Перший крайній рівень – недоотримання благ, а отже – страждання та нещастя. Брак мінімуму для гідного життя. Це «школа болю», де всією своєю істотою людина пізнає, що таке добро і що таке зло. Добро сприяє життю, його радості, його легкості, повноцінності. Зло – це страждання, воно заважає жити та веде до смерті. Людина, якщо вона має сили, якщо вона активна, докладає максимум зусиль, щоб вийти з важкого становища.

Далі – середній рівень міри і радості та єдності людської. Припустимо, вона (людина) досягла мети. Вона починає з того, що має мінімум, щоб жити: матеріальний (їжа, житло, одяг) і духовний (який, на нашу думку, пов'язаний, перш за все, з доброзичливими стосунками з іншими людьми, зі зняттям відчуження, з родиною, дружбою, освітою тощо). Людина не тільки досягає блага, вона й самостверджується! Вона не гірше за інших, а може, й краще. Не всі змогли піднятися зі злиднів до середнього рівня. А вона змогла! Це чудово. Тут поєднуються цінності добрих стосунків з людьми та приємності споживання. Це цілісність людини, її щастя. Очевидно, саме про цей рівень і говорив Гіппократ, про зв'язок здоров'я людини з його єдністю. Деякі люди так і живуть на цьому рівні все життя. Це найчастіше відноситься до середнього прошарку суспільства.

Зазвичай йде зростання бажань і при досягненні успіху – їх задоволення. Відбувається зростання споживання. Межа у цьому радісному процесі середнього споживання – моральність. Якщо блага зароблені, вони не завдають зла іншим. Якщо ж людина «вільна» настільки, що виходить за моральні норми, то вона вступає у протиріччя з оточуючими. Вона починає завдавати зло іншим через свою експансію. Тобто збільшення матеріальних та духовних надбань найчастіше спочатку йдуть разом, і цей процес прекрасний і радісний. Але потім може бути так: матеріальні придбання зростають, а душевний стан людини погіршується, оскільки ставлення до неї оточуючих починає змінюватися з дружнього на протилежне. Совість може про себе нагадати. Але якщо людина йде цим шляхом, то і з совістю домовиться. Адже самовпевненість та егоїзм розквітає. З'являється пояснення, наприклад: «Усі так роблять». Йде процес відчуження від інших – далеких і навіть близьких. Саме так людина може втратити сім'ю, якщо вважає, що тільки вона – джерело багатства, а решта не відповідають її новому статусу.

З переходом етичної межі людина входить у останній крайній рівень задоволень та розкоші. Багатство тут вже все менш і менш трудове, а отже – більшою мірою за рахунок інших. Тому воно починає тиснути на оточуючих та заважати їм. Навколо багатого створюється атмосфера болю та заздрощів. Добро, радість змінюються злом. Порушується справедливість. Саме тут остаточно відбувається процес відчуження людей по відношенню один до одного, відчуження людини та світу. Це відчуження Маркс намагався подолати теоретично, Ленін – практично шляхом соціалістичної революції. Шляхом нової та жорстокої боротьби! Тому цікавим є процес появи цього феномену. Ось вона, надлюдина Ніцше: сильна та зарозуміла. Якщо суспільство ще не дійшло до революції, то прикладом можуть бути олігархи. Американський психолог М.Макобі виділив особливий психологічний тип особистості – «воїн у джунглях». Оточуючі для неї – вороги. При цьому йде

лицемірне поєднання прихованої агресивності та білозубої посмішки. Ось джерело агресії, презирства до інших вгорі суспільства, або нудьги, екзистенційного вакууму – внизу його. Так у скандинавських країнах із високим рівнем споживання – високий рівень суїциду. Люди при матеріальному добробуті часто втрачають зв'язок один з одним і навіть втрачають сенс життя. Цей феномен описав В. Франкл у роботі «Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі» [2]. Екзистенціалісти ХХ століття вказували на занедбаність людини у світі та про абсурдність останньої. Тобто в суспільстві споживання (додамо: великого споживання) наростають не тільки економічні, екологічні, міжнародні кризи, а й антропологічні, що проявляються, як було сказано вище, у самознищенні людства від захворювань серцево-судинної системи в першу чергу. Не будемо вже говорити про різні неврози та депресії, характерні для сучасності. Причому ми вже сприймаємо це дивне та нетерпиме становище не лише як реальність, а й як норму.

Отже, у першому рівні недоотримання – страждань та в останньому рівні розкоші панує зло. Тільки в першому випадку зло – собі, в останньому – іншому (якщо виходити з міркувань матеріалістичних та практичних). У реальному житті крайності поєднуються і доповнюють одне одного, як бідні та багаті верстви населення, садизм та мазохізм, злочинець та його жертва. Вони не існують один без одного.

По краях шкали, «у злі» відбувається розкол єдності душі та тіла людини, розкол її цілісності разом із відходом норм моральності. У першому рівні бідності відбувається пригнічення тіла та піднесення душі. В останньому рівні розкоші та надмірних задовольень відбувається піднесення тіла при придушенні душі та совісті, звідси – нескінченна зарозумілість та пересиченість.

Часто життя схоже на маятник крайнощів страждань: від бідності – до пересиченості, від пересиченості – до бідності. Люди часто не помічають середину – радість, щастя, міру, або просто «борсаються» в лещатах злиднів. Шопенгауер, співак песимізму саме так і сприймав світ. На його думку, життя людини коливається від злиднів (її філософ називав горем) до багатства, а значить – у нудьзі [5, с. 103]. Тоді, за часів Шопенгауера, у ХІХ столітті, ще не було телевізора та Інтернету, і від нудьги люди рятувалися грою у карти. Сучасне життя є швидкісним – не тільки щоб випередити суперників, але і щоб уникнути неприємних питань до самого себе.

Що і хто поверне людині втрачену цілісність та її показники – здоров'я та радість життя? Цим має займатися філософія. Вона не тільки має ставити важливі питання, відображати та констатувати наявність проблем, але й вирішити їх. Адже філософія – не абстрактний умогляд, а лікування страждань людини та відкриття шляхів до здоров'я, радості та безтурботності. Саме це питання було і залишається головним питанням філософії. Тому філософія і медицина такі близькі між собою. Якщо ми так поставимо основне питання філософії, то тим самим поєднаємо багато чого і навіть все, наприклад, філософію та сподівання звичайних людей, з'єднаємо Буття та Побут. Поєднаємо між собою науку, релігію, мистецтво та практику.

Отже, філософія повинна бачити вихід і вселяти впевненість у найкраще майбутнє. Філософія потрібна всім, але особливо медикам, щоб не зациклюватися на примітивній, «таблетковій» медицині – Філософія радості, здоров'я та міри.

Список використаних джерел

1. Гоббс, Т. Левіафан / Пер. з англ. К.: Дух і Літера, 2000. 606 с.
2. Франкл, В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі. К.: Книжковий клуб «Клуб Сімейного Дозвілля», 2022. 160 с.
3. Хорні, К. Невроз і особистісне зростання. Харків: Пітер, 2019. 398 с.
4. Selye, H. The evolution of the stress concept. Amer. Scientist. 1973. V. 62. P. 642-649.
5. Welsch W. Einleitung // Wege aus Moderne : Schlusstexte der Postmoderne-Diskussion / Hrsg. von Wolfgang Welsch. Mit Beitr. von Jeane Baudrillard. Berlin : Akad. Verlag, 1994. 240 p.

АПРІОРНІ ОСНОВИ АПОСТЕРІОРНИХ НАУК (НА ПРИКЛАДІ БІОЛОГІЇ, МЕДИЦИНИ ТА ЕКОНОМІКИ)

Поцулко Олена Анатоліївна
кандидат історичних наук, доцент
доцент кафедри мовних та гуманітарних дисциплін № 1
Опанасевич Тетяна Станіславівна
студентка 2 курсу медичного факультету № 2
Донецький національний медичний університет
м. Лиман, Україна

Різноманітні філософські практики наук. Вони відокремлені, що виявляє фундаментальну роз'єднаність філософського знання (ФРФЗ), тому перестає бути апіорним, універсальним (трансдисциплінарним) методом апостеріорних наук та цим не забезпечує теоретичного пояснення ними реальності. Без подолання ФРФЗ неможливим є прогрес науки, освіти, суспільства.

Філософія виникла як перетворена форма мудрості, що представляла більше розвинену форму науки: наука → мудрість → філософія. У Стародавньому Єгипті усвідомлений факт – мудрість створюється знаннями (наукою). У Стародавній Греції мудрість породила філософію. На відміну від мудрості, об'єктом якої є пізнання буття, об'єктом філософії є методи пізнання буття як канону теоретичної науки, вищої форми мудрості. Поруч із прогресом філософії модернізувався її антипод – мудрість породила натурфілософію, філодоксію, постмодернізм.

Невиконання філософією її власної функції апіорного фактора прогресу апостеріорних наук – причина ренесансу її антипода, який став ударною силою громадського консерватизму. У другій половині XIX століття розпочалася сучасна криза філософії. Її причина – соціальне замовлення пануючої у суспільстві ідеології на ідейне панування з метою збереження соціального статус-кво знешкодженням евристичного потенціалу філософії. Його зміст – підміна філософії як науки про пізнання методів буття філодоксією як наукою про буття [2, с. 542]. Замість сприяння науковим дослідникам буття, забезпеченням їх універсальним методом пізнання, філодокси конкурують з ними, претендуючи на евристичність своїх думок. Безплідність їхніх дослідницьких замахів незрозуміла лише їм – неможливе пізнання конкретних форм буття поза освоєнням відповідних наук. Скажімо, філософії господарства, біомедицини тощо. – лише карикатури наукового пояснення реальності. Жоден професіонал не сприймає їх позитивно. Замість конкуренції з дослідниками всіх наук філософи повинні забезпечити їх технологією філософствування, філософського аналізу сутності явищ як «найкращим знаряддям праці та найгострішою зброєю» [1, с. 17]. Для цього їм необхідне повернення до класичної філософії як науки про науку. Така філософія – традиція економічної науки від початку її виникнення.

Як і все, економічна наука переживає кризу. Її причина – принцип «обійдемося без філософії», тобто. передвіра інституційним філософам розробки есенціалістського (сутнісного) методу пізнання. Такий перелом відношення економістів маржинального мейнстріму до філософії зробив А. Маршалл [3, с. 21]. В останню чверть століття він став нормою вітчизняної економічної науки. В результаті і в ній панує нерозуміння сутності науки, теорії, методології, мислення тощо. В результаті вона не запобігла негативним тенденціям практики та втратила довіру до громадськості, перестала бути провідною наукою. Неадекватність економічної науки – причина повернення інтересу економістів до філософії як апіорній основі її прогресу, вивчення міждисциплінарних когнітивних практик, у тому числі біології та медицини.

Виходячи з філософської традиції економічної науки, узагальнюючи її факти та вирішуючи задуми її основоположників, потрібно відновити власні філософські вишукування її фахівців як основу її розвитку. Півстолітні пошуки напрямів вирішення проблем економічної науки зажадали вивчення багатьох модних позафілософських підходів. Вони переконали в тому, що саме філософія містить головну духовну спадщину про науку як соціальне явище, а тому саме її слід взяти за основу розвитку всіх наук, не сприймаючи за неї філодоксний постмодернізм.

Підставою подолання псевдофілософського постмодернізму є вивчення різноманітних сциентистських практик (наприклад, STS). Тільки в такий спосіб можна виявити трансдисциплінарні основи теоретизації науки. При цьому неминучий перегляд багатьох догм – наприклад, не фізика (з її принципом «фізика, бійся метафізики»), а біологія найбільше прогресувала через опору на філософію. Основи даного її тренду заклав Аристотель класифікацією тварин. В результаті 25-вікової традиції біологія більшою мірою теоретизована в порівнянні з іншими науками і стала основою інтелектуальної революції XX століття. Її сутність – систематика як практичне застосування методологічної функції філософії, відомої як діалектика і логіка та їх синтез

діалектичної логікою (ДЛ). Систематика живих істот, як і геометрія Евкліда, – шедевр філософського аналізу, що підтверджує практичність ДЛ. Потреби розвитку біологічної систематики стали основою революційного стрибка її технології у ХХ столітті, яким стала кладистика як практична систематика живих істот. Кладизм виник у палеонтології. На жаль, навіть не всі палеонтологи визнають, застосовують та розробляють його. Причиною цього слід вважати відсутність його філософського узагальнення і невизнання біологами філософії як конкретно-наукового, універсального методу пізнання.

Вивчення філософської основи економічної та інших наук дозволило зрозуміти наукове замовлення на неї, спертися на класичну філософію Стародавніх Греків та Європейське середньовіччя. При цьому відбулася низка ідейних переворотів: раніше всього, не філософія породила науки, а наука породила філософію як канон переходу від доктринальної її форми до теоретичної. В результаті узагальнено ідеї класичної філософії як науки про науку. Її кредо – наука є безліччю ідей (ідеального), що сприймаються, накопичених суспільством за всю історію його існування. та використовуються для формування менталітету нових поколінь.

Наука – атрибут суспільства та головний чинник його прогресу. Виникнувши як досвід, наука породила доктрини – основні її форми на сьогодні. Їхній плюралізм не забезпечив сутнісного пізнання форм буття. Стародавні греки усвідомили цей факт і ініціювали пізнання науки як соціального феномена та підстави її теоретизації. Так виник філософський проект науки – головної проблеми науки 25 століть дотепер.

Як філософські, так і інші, знання складаються із загальної теорії та прикладних до неї теорій. У єдності вони апріорна – методологічна, гносеологічна та онтологічна – основа всіх наук. Головною є перша функція філософії. Її зміст – ДЛ. Її теорія дозволяє освоїти її як універсальний метод сутнісного (есенціалістського), аналітичного, системного тощо пояснення буття. Все це незрозуміло тим, хто не вміє застосовувати проголошені, але не застосовувані методи аналізу – синтезу, індукції – дедукції та інші як апріорну основу пізнання. У зв'язку з цим актуальність філософського лікнепу – засвоєння технології сутнісного розуміння реальності за допомогою ДЛ.

Суб'єктивні мінливості життя зіштовхнули на дев'ятому десятку років життя з ідеєю медичного патогенезу – трактуванням еволюції хвороб. Нажаль, не знайшов адекватне пояснення цього факту стихійного застосування ДЛ, який має стати її основою. Освоєння медиками ДЛ допоможе їм підняти рівень теоретичного пояснення патогенезу хвороб за допомогою візуальних матриць системного аналізу і цим зробить їх доступними всім людям.

Список використаних джерел

1. Глушко, Т.П. Філософія економіки у структурі сучасної гуманітарної освіти: монографія. К.: Науковий світ, 2008. 212 с.
2. Кебуладзе, В. «Структури життєсвіту» на перетині трансцендентальної феноменології та феноменологічної соціології. К.: УЦДК, 2004. С. 540-549.
3. Маршалл А. Принципи економічної науки. У 3 т. Т. 1. К.: Прогрес, 1983. 416 с.

МЕДИЦИНА 4П ЯК ФЕНОМЕН НАДІЇ

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

Актуальність дослідження спричинено сучасними запитами практики та умовами, пов'язаними з нестабільністю суспільства у політичній, економічній і соціальній сферах. Саме у такий період надзвичайно важливо не втратити надію, оскільки сподівання на кращі зміни у майбутньому допоможуть не просто вижити, але й розв'язати проблему.

Формування надії є внутрішнім ресурсом людини, який сприяє виникненню позитивного настрою, оптимізму, цілеспрямованості та рішучості, а також допомагає знаходженню шляхів розв'язання проблеми [1, с. 128]. У зв'язку з цим, її формування і розвиток завдяки медицині 4П набуває виняткової значущості.

Поступова інституціоналізація медицини 4П наново та з новою силою актуалізує іманентно властивий модерній медицині досвід надії. Ми це можемо бачити в різних роботах ідеологів і апологетів медицини 4П, які не втомлюються повторювати на різний лад, що нарешті надії медиків і всіх тих, хто потребує їх допомоги (реальної чи потенційної), особливо у разі серйозних хронічних та смертельно небезпечних захворювань, збуваються.

Серед найважливіших галузей охорони здоров'я, в яких медицина 4П здатна здійснити революційні зміни, називають онкологію, кардіологію, імунологію, ендокринологію та інші. Нерідко у авторів-лікарів та біологів з'являється риторична фігура «світла в кінці тунелю» або образ стародавніх сподівань медицини, які тільки зараз, у постгеномну епоху, одержують шанс бути реалізованими. Ця риторика адресована переважно колегам по цеху, вона забезпечена термінологічними подробицями в галузі молекулярної діагностики та очікуваних наслідків впровадження принципів та методів медицини 4П у практику.

Однак, якщо модерна біомедицина була спочатку сфокусована на ідеал *restitutio ad integrum*, тобто повернення організму в стан до патології, і в цілому була й залишається досі саме медициною патології, і всі надії її пов'язані з виявленням нових способів успішної боротьби з нею, то медицина 4П розподіляє надію відразу на дві області: 1) як на сферу боротьби з вже наявною патологією, так і 2) на сферу абсолютно нових за своїми можливостями техніками біопредикції та біопревенції потенційних патологій.

Зокрема йдеться про персоналізацію фармакотерапії, досяжної шляхом фармакогенетичного тестування, біочіпкової технології та інших методів, що дають змогу індивідуалізувати застосування ліків. Разом із фармакогенетикою, що відповідає за виявлення індивідуальних реакцій на ліки та їх дози, за облік індивідуального генетичного профілю людини при всіх призначеннях, на персоналізацію медичного втручання працюють фармакогеноміка та фармакопротеоміка, що займаються відповідно створенням нових ліків на основі знання про характер впливу хімічних сполук на гени та роботу сукупності білків.

Таким чином, (біо)технологічна сутність надії модерного типу в новій геномній медицині залишається, тобто це, як і раніше, дисциплінарна надія на технологію. Подібна надія є частиною західної (і космополітичної за своєю претензією) культури біомедицини, як її описують відомі сучасні медичні антропологі [2]. Однак у медицині 4П вона має подвійну конфігурацію, що відповідає практикам, по-перше, персоналізованого лікування вже наявної патології, або ж, по-друге, її завчасного попередження (йдеться про «передбаченні» патології за кілька десятиліть до того моменту, коли вони клінічно заявлять про себе).

Нові конфігурації інтенсифікованого та формованого досвіду надії, що породжуються медициною 4П, потребують систематичної гуманітарної рефлексії, оскільки вони структурують (і, безумовно, структуруватимуть за наростаючою прогресією) нові біомедичні практики як з боку лікарів, так і з боку пацієнтів або просто клієнтів медичних послуг нового типу (у тому випадку, якщо йдеться про профілактичну біопредикцію як про свого роду новий генетичний провіденціалізм). Більше того, судячи з контенту і навіть заголовків статей на тему медицини 4П, саме надія ризикує стати тією основною емоцією, за допомогою якої рецепція медицини нового типу відбудеться (відбувається) в актуальній суспільній свідомості (ця теза, зрозуміло, є гіпотетичною і потребує емпіричної верифікації).

У зв'язку з цим тема «медицина 4П і надія» має бути вписана та осмислена в рамках ширшої теми корелятивності надії та біомедицини як такої, іманентної спроможності переживання надії та сучасного інституційного медичного досвіду. Цей зв'язок може бути розкритий завдяки наступним тематичним блокам:

1) Гуманітарні дослідження медицини та проблема надії. У літературі з соціології та антропології медицини про надію найчастіше говорить у зв'язку з новими біотехнологіями або патернами культури, що так чи інакше впливають на досвід страждання та клінічні практики, у зв'язку з проблемою розкриття діагнозу, а також у зв'язку з завданнями демократизації медицини [3]. Відомі рефлексивні автоетнографічні роботи лікарів, які на підставі власної практики міркують про надію у зв'язку з «right to know» пацієнта, лікарською калькуляцією його шансів на виживання або ремісію щодо часу виникнення більш ефективних біотехнологій і навіть вводять концепт «справжньої надії», яка відрізняється від простого оптимізму і допускає прийняття пацієнтом не самої втішної правди [4]. Здебільшого у науковій літературі бачимо медикалізовані образи надії, що описуються в дисциплінарних термінах прогнозу, статистичної ймовірності, до натуралізації надії як біологічного механізму.

2) Етична складова надії у клінічних практиках біомедицини та її терапевтичні ефекти. Обов'язок вселяти надію як обов'язкова риса низки національних біомедичних культур у різних галузях охорони здоров'я. Деонтологічна регламентація та інструментальна деталізація дискурсу надії – наприклад, при повідомленні діагнозу та прогнозів лікування, – але при цьому ситуативність цього дискурсу; дискурс надії як феномен непрозорої сфери *medical choice*.

3) Біомедичні виміри надії лікарів: усвідомлення ними наукового прогресу, того факту, що тепер лікарі можуть запропонувати методи лікування, які в минулому були неможливі. Професійна відданість лікаря як поле професійного «виклику».

4) Надія на нові біотехнології та перспективи пацієнта. Предиктивна здатність медицини 4П та трансформації повсякденного знання про майбутнє. Феномен нового Едіпа. Передбачення типового як структура надії у феноменологічній соціології. Наративна сюжетизація надії: індивідуальне переживання та культурний схематизм.

5) Пацієнтські «практики надії» у взаємодії з медичними установами: необхідність та можливість подолання кордонів (класових, расових, когнітивних, кордонів між здоровими та хворими). Надія на медицину 4П як предмет мовної суперечності: мова експерта та мова обивателя.

Отже, надія є важливою умовою людського існування, коли вона спрямовує, стимулює, допомагає не впадати у відчай, а також сприяє досягненням. Саме медицина 4П є тим феноменом надії, який навчає людину розуміти себе, приймати те, що є, бачити свій потенціал і перспективи розвитку.

Список використаних джерел

1. Мельнічук, І.Я. Надія як рушійна сила розв'язання проблеми клієнта у процесі психологічної допомоги. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Вип. 1. Т.1. 2018. С. 128-132.
2. Клейнман, П. Психологія. Люди, концепції, експерименти. К.: Манн, Іванов і Фербер, 2021. 272 с.
3. Haraway, D. *Beyond the Cyborg: Adventures with Donna Haraway*. *Columbia University Press*. 2013. 208 p.
4. Groopman, J. E. *How doctors think*. Boston: Houghton Mifflin, 2007. 336 p.

ІНТЕГРАЦІЯ ДОСВІДУ ЛІКАРЯ З СИСТЕМОЮ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ – ШЛЯХ ДО ФОРМУВАННЯ СУЧАСНОГО БРЕНДУ УНІВЕРСИТЕТУ

*Рижов Олексій Анатолійович
д.фарм.наук, професор,
зав.кафедрою медичної і фармацевтичної інформатики та НТ,
Запорізький державний медичний університет*

Вступ. Сучасна медицина використовує широкий спектр інструментальних методів дослідження стану здоров'я пацієнта. Лікар отримує великі обсяги інформації з генетичного, біохімічного, імунологічного, фізіологічного та інших рівнів організму, яка представлена, в більшості випадків, у цифровому стані. Інтерпретація великих об'ємів медичних даних стає доступна для сучасних сервісів штучного інтелекту (ШІ), дозволяючи підвищувати ефективність і точність діагностики та лікування. Але залишається не вирішеним питання формалізації унікального досвіду лікаря та його інтеграції до сучасних систем комп'ютерної діагностики.

Основна частина. Популярність застосування сервісів та технологій ШІ інтелекту значно зросла з появою сервісу ChatGPT ver.3 фірми OpenAI у листопаді 2022 року. В Україні цей сервіс став доступним 18 лютого 2023 р. GPT-3 - це система обробки природної мови, яка може генерувати людський текст із простих підказок. ChatGP було навчено на 45 терабайтах даних, включно з широким спектром текстів із книг, веб-сайтів та інших джерел. Завдяки цьому навчання модель здатна розуміти контекст, виявляти закономірності і створювати текст, стиль і тон якого аналогічний до тексту, на якому вона навчалася. В медичних університетах були проведені дослідження на спроможність ШІ вирішувати завдання з різних дисциплін, які викладаються у медичних університетах [1],[2]. Результати цих досліджень показали, що в середньому ChatGPT якісно вирішує завдання на рівні студента 3 курсу. Але об'єм бази знань систем ШІ зростає, так GPT-4 оперує приблизно 1,8 трлн параметрів на 120 рівнях, що в 10 разів більше, ніж у GPT-3. Це дає змогу

прогнозувати більш якісний рівень рішення медичних кейсів. Еволюція систем ШІ розширює його можливості з аналізу інформації різних форматів і ця властивість приводить до формування мультимодальності ШІ. В публікаціях дослідників та розробників ШІ з групи Google представлена концепція біомедичної системи Med-PalM, яка здатна обробляти широкий спектр біомедичних даних і завдань.[3] Ця система дозволяє проводити аналіз та інтерпретацію радіологічних, генетичних, гістологічних та інших даних. З іншого боку такі системи дозволяють генерувати завдання (кейси) для студентів.

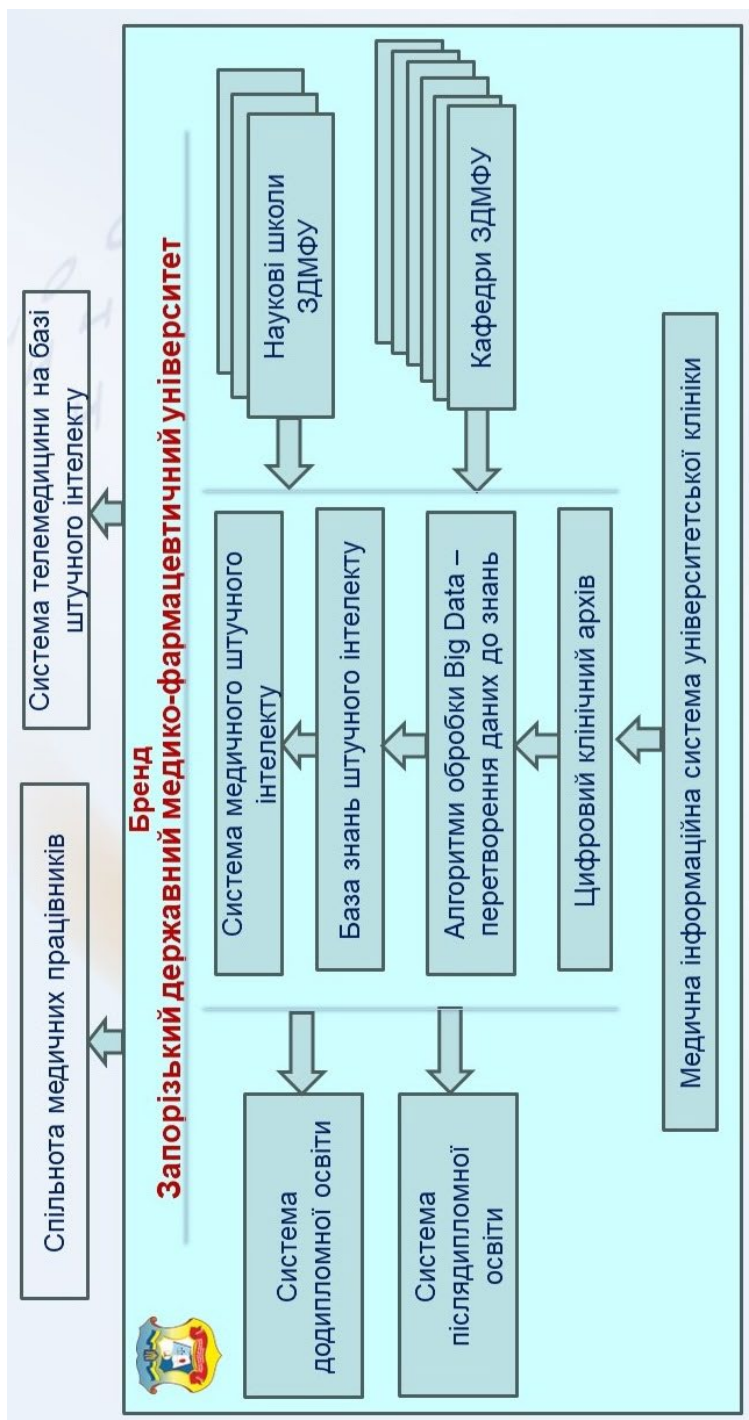


Рис.1. Інтеграція досвіду лікаря з системою штучного інтелекту - шлях до формування сучасного бренду університету

Аналіз можливостей штучного інтелекту в ракурсі обробці та генерації медичної інформації, яка може бути представлена в текстовому, графічному відео- форматах надає великі перспективи використання цих сервісів в сучасній медичній освіті. Так, використання принципів Європейської хмари відкритої науки на локальному рівні університету, надає можливості не тільки накопичувати результати експериментальних досліджень. Інтеграція сервісів відкритої освіти з ШІ може

дозволити науковцям генерувати математичні моделі процесів організму людини на різних системних рівнях організації, починаючи від генетичного до соціального. Провідним фахівцям клінічних кафедр така система дозволить, спираючись на існуючі та розроблені математичні моделі систем організму, формалізувати та інтегрувати свій клінічний досвід до бази знань штучного інтелекту. Нами було розроблено концептуальну модель системи інтеграції досвіду лікаря з системою штучного інтелекту з метою формування системи медичного штучного інтелекту (МШІ). Широке використання МШІ студентами та слухачами системи післядипломної освіти, а також лікарями-випускниками ЗДМФУ, дозволить формувати сучасний бренд університету.

Висновок. Організація наукових досліджень та формування цифрового клінічного архіву на принципах Open Science as-a-Service з метою інтеграції наукового та клінічного досвіду фахівців університету надає можливість перейти до наступного кроку.

Формування інтелектуальної системи інтерактивного навчання з використанням стимуляційних технологій віртуального пацієнта та STEM – освіти дозволить підготувати лікаря нової формації, який здатний виконувати фахові завдання у ноосусільстві.

Взаємодія лікаря з інтелектуальною системою діагностики та лікування університету на базі технологій телемедицини дозволить йому користуватись інтегрованим досвідом наукових шкіл та ведучих клініцистів університетської клініки та спільноти фахівців.

Можливість взаємодіяти з концептосферою медичної еліти ЗДМФУ на етапі додипломного навчання, системи безперервного навчання протягом життя, отримуючи підтримку інтелектуальної системи діагностики та лікування університету на базі штучного інтелекту, надасть можливість сформувати потужний сталий бренд нашого університету в Україні майбутнього.

Список використаних джерел

1. Wang, X., Gong, Z., Wang, G., Jia, J., Xu, Y., Zhao, J., Fan, Q., Wu, S., Hu, W., & Li, X. (2023). ChatGPT Performs on the Chinese National Medical Licensing Examination. *Journal of medical systems*, 47(1), 86. <https://doi.org/10.1007/s10916-023-01961-0>
2. Gilson, A., Safraneck, C. W., Huang, T., Socrates, V., Chi, L., Taylor, R. A., & Chartash, D. (2023). How Does ChatGPT Perform on the United States Medical Licensing Examination (USMLE)? The Implications of Large Language Models for Medical Education and Knowledge Assessment. *JMIR medical education*, 9, e45312. <https://doi.org/10.2196/45312>
3. Tu, T., Palepu, A., Schaekermann, M., Saab, K., Freyberg, J., Tanno, R., Wang, A., Li, B., Amin, M., Tomašev, N., Azizi, S., Singhal, K., Cheng, Y., Hou, L., Webson, A., Kulkarni, K., Mahdavi, S.S., Semturs, C., Gottweis, J., Barral, J., Chou, K., Corrado, G.S., Matias, Y., Karthikesalingam, A., & Natarajan, V. (2024). Towards Conversational Diagnostic AI. *ArXiv, abs/2401.05654*.

ЕТИЧНІ ТА ПРАВОВІ АСПЕКТИ СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАНІМАЦІЇ

Серіков Костянтин Вікторович
доцент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

В медичній практиці ніщо інше не викликає у лікарів стільки емоційного сум'яття, як вигляд хворого, який вмирає. Раніше смерть вважалася природним фіналом тяжкої хвороби, проте на теперішній час лікарі прагнуть передбачити момент виникнення та прогресування термінальних станів, застосовуючи для цього безліч неінвазивних та інвазивних методів [1].

У випадках зупинки кровообігу у хворого лікар повинен негайно приступити до проведення серцево-легеневої реанімації (СЛР) керуючись правовими, а не етичними аспектами реанімації [2].

СЛР розпочинається у **всіх пацієнтів із відсутнім диханням та пульсом** згідно наказу Міністерства охорони здоров'я України №1269 “Екстрена медична допомога: Догоспітальний етап. Новий клінічний протокол” від 05.06.2019 р.

Згідно цього наказу **СЛР може не проводитися** в наступних випадках:

1. Хвороби, травми або стани, які чітко вказують на біологічну смерть (безповоротна смерть мозку):

а) декапітація – повне відділення голови від тулуба;

б) ознаки розкладання або гниття – шкіра роздута або розірвана, з наявним або відсутнім розривом м'яких тканин. Наявність однієї з ознак, що вказує на настання смерті мінімум протягом останніх 24 годин;

в) транссекція тулубу – тіло повністю розрізано нижче рівня плечей та вище стегон вздовж усіх важливих органів та судин, при цьому хребет може бути або не бути розчленованим;

г) опіки – 90% поверхні тіла з глибокими опіками, повною відсутністю волосся та обвугленою шкірою;

г) несумісні з життям травми (масивна тупа травма, повне знекровлення тіла, пошкодження речовини головного мозку);

д) марні та неетичні спроби, за визначенням агентства поліції / протоколом, пов'язані з “переконливими причинами” для відмови від реанімації;

е) якщо при тупій або проникаючій травмі пацієнт не дихає, пульс відсутній, а також відсутні інші ознаки життя (спонтанні рухи), (відсутня електрокардіологічна активність або реакція зіниць та інші) на момент прибуття бригади екстреної медичної допомоги;

є) нетравматична зупинка серця з очевидними ознаками смерті, включно з характерним кольором шкіри або трупним заляканням.

2. Дійсне розпорядження про відмову від реанімації “НЕ РЕАНІМУВАТИ” (форма, картка, браслет), якщо воно:

а) відповідає державним вимогам щодо кольору і дизайну;

б) непошкоджене: не було вирізане, не зламане або не має ознак відновлення;

в) відображається ім'я пацієнта та ім'я лікаря.

Слід зазначити, що діючих наказів МОЗ України стосовно проведення СЛР в лікарняних умовах не існує.

У деяких ситуаціях професійний обов'язок лікаря спрямований врятувати життя хворому входить у конфлікт із розумінням неефективності заходів, що здійснюються, а саме випадки, коли задалегідь відомо, що СЛР у даного хворого є абсолютно безперспективна:

1. Настання смерті внаслідок тривалого виснажливого захворювання, коли у хворого були використані всі сучасні методи лікування і смерть не є раптовою (у даному випадку проведення реанімації буде не продовженням життя, а лише продовженням процесу вмирання);

2. Настання смерті у хворих з інкурабельними захворюваннями (онкологічна патологія у термінальній стадії, травми несумісні із життям, термінальні стадії у хворих із мозковими інсультами).

В Японській системі охорони здоров'я персоналу служби невідкладної медичної допомоги заборонено припиняти СЛР в умовах догоспітального етапу, що обумовлює необхідність транспортувати майже всіх пацієнтів із зупинкою кровообігу до лікарень.

Згідно рекомендаціям [3] (**рекомендаціям!**) персонал служби невідкладної медичної допомоги в умовах догоспітального етапу може розглянути можливість припинення СЛР, якщо пацієнти із зупинкою кровообігу відповідають усім п'яти критеріям:

1. Початкова асистолія;

2. Зупинка дихання без присутності стороннього;

3. Вік ≥ 81 року;

4. Відсутність проведення СЛР з боку свідка або використання автоматичного зовнішнього дефібрилятора до прибуття персоналу служби невідкладної медичної допомоги;

5. Відсутність відновлення спонтанного кровообігу після проведення СЛР, ініційованої службою невідкладної медичної допомоги протягом 14 хвилин.

Також згідно рекомендаціям [4] (**рекомендаціям!**) в системі охорони здоров'я Японії лікарі відділень невідкладної медичної допомоги можуть розглянути можливість припинення СЛР, якщо пацієнти із зупинкою кровообігу відповідають усім чотирьом критеріям:

1. Початкова асистолія;

2. Зупинка дихання без присутності стороннього;

3. Відсутність відновлення спонтанного кровообігу після проведення СЛР у відділенні невідкладної медичної допомоги тривалістю > 20 хвилин;

4. Відсутність догоспітального відновлення спонтанного кровообігу.

Згідно рекомендаціям Європейської ради із реанімації 2021 року (European Resuscitation Council – ERC' 2021) тривалість реанімаційних заходів необхідно проводити так довго, як довго зберігається на електрокардіограмі фібриляція шлуночків, оскільки при цьому забезпечується мінімальний метаболізм у міокарді, що надає потенційну можливість відновлення самостійного кровообігу.

У разі зупинки кровообігу за механізмом електричної активності без пульсу / асистолії за відсутності потенційно оборотної причини (алгоритм “чотири Г - чотири Т”) СЛР проводять протягом 30 хвилин, при її неефективності – припиняють.

Потенційно оборотної причини “чотири “Т””: гіпоксія; гіповоле́мія; гіперкаліємія / гіпокаліємія, метаболічні порушення; гіпертермія / гіпотермія.

Потенційно оборотної причини “чотири “Т””: tension (напружений) пневмоторакс; тампонада серця; тромбоз (коронарний або легеневий); токсичне передозування.

Раніше рекомендувалося проведення СЛР понад 30 хвилин лише у випадках загального переохолодження, втоплення в крижаній воді та передозування лікарських препаратів. Проте останніми роками з’явилося безліч повідомлень про успіх СЛР із добрими неврологічними наслідками в разі пролонгації реанімаційних заходів понад 30 хвилин, що стало можливо завдяки використанню механічних пристроїв для компресії грудної клітки [1, 2, 5].

У зв’язку з цим в рекомендації ERC’2021 були внесені зміни. Так, якщо причиною зупинки кровообігу є тромбоемболія легеневої артерії і в процесі СЛР був проведений тромболісис, то реанімаційні заходи необхідно проводити протягом 60-90 хвилин з моменту введення тромболітичних препаратів [1].

Коматозний стан хворого в післяреанімаційному періоді протягом 48 годин і більше є предиктором поганого неврологічного результату. Якщо через 72 години після зупинки кровообігу неврологічний дефіцит становить 5 балів за шкалою коми Глазго, відсутня рухова реакція у відповідь на больове подразнення або знищений рефлекс, то ці ознаки є предиктором розвитку вегетативного стану, який персистує [6].

ВИСНОВКИ

1. У разі зупинки кровообігу у хворого та за відсутності дійсного розпорядження про відмову від реанімації “НЕ РЕАНІМУВАТИ”, лікар повинен негайно розпочати СЛР.

2. Медичний персонал не повинен утримуватись від проведення СЛР внаслідок віку пацієнта, вартості лікування та догляду, наявності у хворого розумової чи фізичної неповноцінності або через особливі обставини події.

3. Відновлення серцевої діяльності та дихання може бути етично невиправданим у разі незворотного згасання серцевої функції та неминучості швидкого летального результату, що є провідним правовим та етичним аспектом СЛР.

Список використаних джерел

1. Усенко Л.В., Царьов О.В., Кобеляцький Ю.Ю. Серцево-легенева і церебральна реанімація: нові рекомендації європейської ради з реанімації 2021 року // Новини медицини та фармації. – 2022. – № 1 (778). – С. 10-14.

2. Усенко Л.В., Царьов О.В., Кобеляцький Ю.Ю. Серцево-легенева та церебральна реанімація: навчальний посібник. – Львів: Видавець Марченко Т.В., 2021. – 128 с.

3. Goto Y., Funada A., Maeda T., Okada H., Goto Y. Field termination-of-resuscitation rule for refractory out-of-hospital cardiac arrests in Japan. *J. Cardiol.* 2019 Mar.; 73 (3): 240-246. doi: 10.1016/j.jjcc.2018.12.002. Epub 2018 Dec 20. PMID: 30580892.

4. Goto Y., Funada A., Maeda T., Goto Y. Termination-of-resuscitation rule in the emergency department for patients with refractory out-of-hospital cardiac arrest: a nationwide, population-based observational study. *Crit. Care.* 2022 May 16; 26 (1): 137. doi: 10.1186/s13054-022-03999-x. PMID: 35578295; PMCID: PMC9109290.

5. Soar J., Lott C., Böttiger B.W., Carli P., Couper K., Deakin C.D., Djärv T., Olasveengen T., Paal P., Pellis T., Perkins G.D., Sandroni C., Nolan J.P. Erweiterte lebensrettende Maßnahmen bei Erwachsenen: COVID-19-Leitlinien des European Resuscitation Council [Advanced life support in adults European Resuscitation Council COVID-19 Guidelines]. *Notf Rett Med.* 2020; 23 (4): 248-250. German. doi: 10.1007/s10049-020-00720-9. Epub 2020 Jun 10. PMID: 32536800; PMCID: PMC7284666.

6. Nolan J.P., Sandroni C., Böttiger B.W., Cariou A., Cronberg T., Friberg H., Genbrugge C., Haywood K., Lilja G., Moulart V.R.M., Nikolaou N., Olasveengen T.M., Skrifvars M.B., Taccone F., Soar J. European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2021: post-resuscitation care. *Intensive Care Med.* 2021 Apr; 47 (4): 369-421. doi: 10.1007/s00134-021-06368-4. Epub 2021 Mar 25. PMID: 33765189; PMCID: PMC7993077.

МЕДИЧНА АНТРОПОЛОГІЯ ЯК ОБОВ'ЯЗКОВА УМОВА ПОВНОЦІННОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНИХ РЕАЛІЯХ

Спиця Наталя Валеріївна
к. філос. н, доцент кафедри суспільних дисциплін,
Гула Іван Дмитрович
аспірант кафедри клінічної лабораторної діагностики
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

В реаліях сучасної медицини вже декілька століть доволі важливу позицію займає медична антропологія, яка допомагає біомедицині активувати свої потужні можливості за рахунок залучення додаткових знань гуманітарної складової. Питання використання знань медичної антропології в українській системі охорони здоров'я тільки набирає обертів, але на нашу думку варто збільшувати активність щодо введення антропологічних знань в медицину.

Одним з найцікавіших моментів є питання реагування на хворобу та зцілення як в загальноеволюційному контексті так і в контексті окремо взятих культур. Еволюційні погляди вказують на те, що хвороба, лікування і зцілення мають певну загальну основу. Люди мають реакцію на хворобу та лікування як таку, що була сформована протягом довгих часів соціальної і біологічної еволюції. Турботливе ставлення до представників свого виду, співчуття, опіка та іноді альтруїстичне ставлення на даний момент багатьма дослідниками (Fabrega, Williams and Nesse, 1991) [1] вважаються як такі, що були отримані в результаті еволюції і на даному етапі є вродженими якостями людини. Такі реакції запускають процеси зцілення не тільки для окремого представника виду, але і для всієї групи загалом. Турбота та піклування в змозі активувати процеси самовідновлення. Для людей, це включає в себе психосоматичне посередництво фізіологічних і гормональних змін, де вірування, надії та ритуали викликають позитивні зміни у фізіологічних реакціях.

Лікування, зцілення є частиною еволюційної тенденції у людей, яка забезпечувала виживання виду загалом. Наприклад, з прадавніх часів примати піклувались про своїх близьких, особливим чином реагували на хворих, поранених, або тих, хто помирає. Захист, пестощі, догляд, допомога та забезпечення хворих їжею таким самим чином демонструється в поведінці *Homo sapiens*. Це було частиною адаптацій, залучених в еволюцію людини. Реакції на хворобу та зцілення включають біологічно вкорінену соціальність, яка проявляється в догляді за немовлятами та дітьми. Ця динаміка поширюється на допомогу родичам. Пристосування до хвороби та лікування також є частиною заходів із самозбереження (захист від травм, підтримання життєвої температури тіла хворої людини) та посилення соціальної гармонії, коли хвороба дестабілізує стосунки. Реагування на захворювання, лікування та зцілення передбачають активне емоційне реагування: прояв емпатії та співчуття. Біль, страждання одного стимулюють, викликають чуйність, альтруїзм, співпереживання іншого.

Реакція на хворобу та лікування в першу чергу реакції емоційного характеру. Це емоційне спілкування, засноване на здатності враховувати, розуміти стан іншого організму, це вимагає розуміння, щоб зробити аналіз стану та порівняти із станом інших осіб, а на основі порівняння зрозуміти що хтось потребує опіки та турботи, комусь потрібна допомога. Активна розумова та емоційна робота щодо реагування на хворобу та зцілення стали базовими для формування та посилення соціальних зв'язків, допомогло розширити соціальні союзи. Загальною реакцією на хворобу є спілкування віч-на-віч, особливо між членами сім'ї, і групове спілкування під час церемоній. Х. Фабрега припускав, що адаптації для хвороби та зцілення викликало багато видів досвіду, включаючи еволюцію суспільства і культури. Поведінка, пов'язана з хворобою та зціленням, обов'язково була пов'язана з усвідомленням смерті, оскільки явище, яке воно намагалося лікувати – хвороба – часто закінчувалося смертю. Цей зв'язок зі смертю означає, що стосунки хвороби та зцілення обов'язково поширювалися на піклування про померлого та уявлення про духовні сфери, загробне життя та релігію.

Якщо цінність емоцій та розумового усвідомлення хвороби та зцілення настільки висока, що буквально стимулювала антропогенез і соціогенез, то навряд чи потрібно нехтувати такими речами в сучасному світі і вважати за малоефективну роботу ту, яка здійснюється над людськими емоціями, над тим, що ми звикли називати душею. Адже сучасний світ доказової медицини іноді просто уникає питань психосоматики і вважає їх скоріше площиною забобон та аспектами магічного мислення.

Тим не менш, емоції включають взаємодію біології та культури у виробництві та інтерпретації досвіду. Емоції займають центральне місце в найкращому та найгіршому в людському житті досвіді. Емоції регулюють фізіологічні функції, процеси та реакції. Емоції стимулюють мотивацію та

поведінку пов'язані із відчуттям благополуччя. Емоції є частиною міжособистісних, соціальних та комунікативних процесів, що включають культурні оцінки. Емоції включають культурні оцінки або оцінки обставин, інтерпретації значущості, які пов'язують фізіологічні реакції та особистий досвід з соціальний контекст. З іншого боку, значні міжкультурні відмінності в емоціях і їхнє значення вказує на культурні основи. Ці позиції відображають давню дихотомію в науці, дебати «природа проти виховання»: визначення поведінки біологією проти соціалізації.

Варто зазначити, що універсальні емоції в різних культурах проявляються найрізноматнішим чином: вони по-різному розуміються, виражаються, проживаються, мають різні конотації, різні ступні впливу на окрему людину та на групу людей. Міжкультурні відмінності у вираженні основних емоцій відображають культурні інтерпретації, необхідні для виклику будь-яких емоцій. Культури мають різні інтерпретації емоційних проявів і різні оцінки доречності та реакції на основні емоції. В різних культурах може бути перебільшення (по відношенню до представників чужої культури), придушення для передачі нейтральності, маскування одного стану іншим і таке інше. Відповідні слова, які б мали віддзеркалювати стан, що переживає людина може кардинально відрізнятись в різних культурах та і сенс слів може бути різним.

Все вищезазначене має на меті підкреслити значущість досліджень в площині медичної антропології, які мають здійснюватися та реалізовуватись для покращення системи охорони здоров'я. Враховуючи всі переваги доказової медицини важливо не нехтувати набутками культури, які збирались довгим шляхом розвитку людської цивілізації та були актуальними для того, щоб зберегти як здоров'я окремої людини так і здоров'я суспільства загалом.

Список використаних джерел

1. Williams G. C., Nesse R. M. The dawn of Darwinian medicine. *The quarterly review of Biology*. 1991 Mar; 66 (1):1-22. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2052670/>

ФІЛОСОФСЬКІ ПРОБЛЕМИ ЛАБОРАТОРНОЇ МЕДИЦИНИ

Утюж Ірина Геннадіївна
доктор філософських наук, проф., зав. каф. суспільних дисциплін,
Робота Дмитро Вадимович
Асистент кафедри клінічної лабораторної діагностики,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Вступ

Розвиток сучасної медицини базується на акумулюванні та обробці значної кількості діагностичних даних. Сучасні наукові досягнення в області інформаційних технологій, насамперед штучного інтелекту, практичного використання методів навчання нейронних мереж дозволяють досягти значних успіхів не лише в клінічній патології, а й в лабораторній медицині. Впровадження біоінформатики, геноміки, протеоміки та біостатистики, у клінічну практику, відкриває інноваційні підходи в догляді за пацієнтами.

Лабораторна медицина в сучасному світі відіграє ключову роль у діагностиці, вивченні та лікуванні хвороб. Здійснення лабораторних досліджень вимагає великої кількості технічних, технологічних та етичних вирішень. Однак окрім цих аспектів, лабораторна медицина також породжує ряд філософських проблем, які варто розглядати для кращого розуміння сутності цієї сфери.

1. Наука та технологія

Першою філософською проблемою лабораторної медицини є взаємодія науки та технології. Впровадження нових методів і нових технологій завжди було частиною основної ролі лабораторної медицини. Перехід від ручних методів до ранньої автоматизації, такої як автоаналізатор, а тепер до повністю інтегрованих роботизованих комп'ютеризованих систем, відбувався швидко та спричинив експоненціальне зростання ефективності та продуктивності лабораторій. Це збіглося з експоненціально зростаючим попитом на тестування з боку клінічної спільноти. Збільшення попиту зумовлене взаємодією ряду різних факторів, включаючи збільшення складності доступних медичних процедур, перехід до більш складної допомоги на базі суспільства, яке використовує діагностику, і збільшення кількості пацієнтів із кількома супутніми захворюваннями. Цікаво припустити, чи сприяла доступність тестування також до його збільшення використання. Лабораторні дослідження ґрунтуються на наукових принципах, але водночас вони використовують технології для виконання конкретних завдань. Це підводить до питань про взаємозв'язок між розвитком науки та впровадженням технічних інновацій у медичну практику [4, с 211-215].

2. Етика досліджень

Лабораторна медицина часто включає в себе експерименти на живих об'єктах, і це викликає етичні розбіжності. Філософські аспекти етики досліджень включають у себе питання про справедливість та безпеку експериментів, використання тварин у випробуваннях, а також права пацієнтів на конфіденційність та інформоване згоду. Необхідною умовою для того, щоб експерименти на людях були як законними, так і етичними, є інформована згода пацієнта. Відповідно до Гельсінської декларації, розробленої Всесвітньою медичною асоціацією як заяву про етичні принципи медичних досліджень із залученням людей, *«кожен потенційний суб'єкт повинен бути належним чином проінформований про цілі, методи, джерела фінансування, будь-які можливі конфлікти інтерес, інституційна приналежність дослідника, очікувані переваги та потенційні ризики дослідження та дискомфорт, який воно може спричинити, положення після дослідження та будь-які інші відповідні аспекти дослідження»* (Всесвітня медична асоціація, 2013). Це означає, що лікар повинен залучати пацієнтів до обговорення, спрямованого не лише на те, щоб поінформувати їх, але й на навчання, розуміння та вислуховування потенційних сумнівів і запитань. [1, с 299-324]

3. Природа здоров'я та хвороби

У рамках біомедичної моделі хвороба завжди пояснюється одним або кількома фізичними порушеннями на нижчому рівні організації. Наприклад, інфекція пояснюється інвазією паразитів, метаболічний розлад із генетичною мутацією, психіатричний розлад із дисбалансом нейромедіаторів, порушення мови або фізична вада з пошкодженням нейронів тощо. У філософії ідея про те, що складне явище найкраще зрозуміти, аналізуючи його фізичні частини окремо, називається редукціонізмом або навіть фізикалізмом.

Лабораторні дослідження розкривають глибокі аспекти природи здоров'я та хвороби. Це викликає філософські дебати про те, що таке справжнє здоров'я та чи є хвороба лише фізіологічним порушенням, чи вона також має психосоціальні та культурні компоненти. [2, с 75-94]

4. Відносини між лікарем та пацієнтом

Цінність часто виражається в термінах «якість, клінічна ефективність і результативність, орієнтація на пацієнта, задоволеність пацієнтів, своєчасність, клінічна ефективність, економічна ефективність, продуктивність, доступність і вартість». Лабораторні показники в ідеалі повинні оцінюватися відповідно до основних цілей системи охорони здоров'я, які включають профілактику захворювань, раннє виявлення, встановлення точного діагнозу, вибір правильного лікування, уникнення затримок у лікуванні, сприяння одужанню, зниження інвалідності, запобігання рецидивам або уповільнення прогресування захворювання та зменшення потреби в довгостроковому догляді. Оскільки лабораторне тестування може допомогти визначити кожну з цих клінічних точок прийняття рішення, ці цілі охорони здоров'я також є основними цілями лабораторного тестування.

Лабораторні результати часто слугують основою для лікарських рішень. Це породжує філософські питання про взаємодію між лікарем та пацієнтом. Як зберегти баланс між об'єктивністю лабораторних даних та індивідуальним підходом до лікування? [3, с 107-114]

Висновок

Лабораторна медицина вносить вагомий вклад у підтримання та вдосконалення здоров'я людей. Однак філософські проблеми, пов'язані з цією галуззю, свідчать про необхідність постійного обговорення та рефлексії. Розв'язання цих проблем сприятиме подальшому розвитку лабораторної медицини та забезпечить більш ефективне та етичне використання її досягнень у медичній практиці.

Список використаних джерел

1. Adriana S., Davide M. (2020) Control strategies in general anesthesia administration. Control Applications for Biomedical Engineering Systems. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-817461-6.00010-X>
2. Elena R., Rani L. A., (2020). Complexity, Reductionism and the Biomedical Model. Rethinking Causality, Complexity and Evidence for the Unique Patient, (стор. 75-94) https://doi.org/10.1007/978-3-030-41239-5_5
3. Kenneth A S. (2017). Enhancing the Clinical Value of Medical Laboratory Testing. The Clinical Biochemist Reviews, 38(3), 107–114. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5759162/>
4. Paul C., (2017). Laboratory Medicine is Faced with the Evolution of Medical Practice. Journal of Medical Biochemistry, 36(3), 211–215. <http://doi.org/10.1515/jomb-2017-0032>

СОВІСТЬ, ЯК ОСНОВА ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ

*Шубін Владислав Олегович
Аспірант денної форми навчання
кафедра клінічної лабораторної діагностики
Науковий керівник: д.філос.н., професор Утюж Ірина Геннадіївна,
кафедра суспільних дисциплін,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Протягом історії, поняття совісті відіграло значущу роль в філософії. Наприклад, німецький філософ, родоначальник німецької класичної філософії Імануїл Кант писав «Совість не є щось, що купується, і не може бути обов'язком придбання її; кожна людина як моральна істота має її в собі спочатку».[1,с 272].

Він підкреслював важливість совісті як внутрішнього морального владарювання, не підданого зовнішнім впливам. Совість є вродженою та неодмінною частиною людської природи, не підвладною купівлі чи зовнішньому тиску, але служить основою для морального самовизначення та вчинків.

Совість грає велику роль у різних сферах, особливо у медицині. Навіть в кодексі лікаря зазначено: "Лікар повинен пам'ятати, що головний суддя на його професійному шляху - це насамперед совість"[2]. Це підкреслює важливість совісті у вирішенні професійних моральних дилем.

Але що таке совість? Це усвідомлення моральної відповідальності за вчинки та вольовий самоконтроль відносно моральних стандартів суспільства. Совість передбачає обдумані рішення та відчуття моральної відповідальності перед прийняттям важливих рішень.

В лікарській сфері поняття совісті нерідко стикається з викликами, пов'язаними з корупцією. У деяких випадках лікарі опиняються перед дилемою між своїм професійним обов'язком та підкупом чи іншими формами корупції.

Сприятлива для пацієнта діагностика чи лікування можуть бути ускладнені випадками, коли медичні працівники вимагають хабарі для надання необхідних послуг. Це не тільки порушує етичні стандарти, але і підриває довіру громадськості до медичної системи.

Лікарі, що відмовляються від участі в корупційних схемах, можуть стикатися з тиском та неприємностями у професійному середовищі. Це викликає важкі розмірковування стосовно того, як зберігати совість та моральні цінності в умовах корупції, що може перешкоджати наданню належної медичної допомоги.

Совість грає важливу роль у контексті вибору медичних працівників щодо участі у проведенні абортів. Лікарі та медсестри, які розглядають аборт як суперечливе питання, можуть стикатися з внутрішнім конфліктом між своїми особистими принципами та етичними обов'язками.

Така ситуація може виникнути внаслідок різниці в переконаннях, які базуються на релігійних, моральних чи етичних принципах. Медичні працівники можуть відмовлятися від участі в абортах через ідею неприпустимості втручання у життя зачатої дитини, в той час, як інші можуть розглядати аборт як необхідний медичний захід в певних ситуаціях.

Для медичної спільноти важливо забезпечувати баланс між індивідуальним правом медичних працівників слідувати своїй совісті та забезпеченням доступу до законних та безпечних процедур абортів для тих, хто їх потребує. Вирішення суперечностей між совістю та медичною практикою може мати в собі етичні консультації, створення протоколів та повагу до прав пацієнтів.

Не менш важливу роль грає совість у контексті лікарських помилок, ставлячи перед медичними працівниками високі стандарти моральної відповідальності. Лікарі, враховуючи свою совість, повинні робити обдумані та етично обґрунтовані рішення, оскільки помилки можуть призвести до серйозних наслідків для пацієнтів.

Лікар, зробивши непередбачувану помилку під час операції, стикається з конфліктом совісті щодо власної відповідальності за це. Важко збирати в себе внутрішню силу та признавати помилку, оскільки це стає прямим вираженням його моральної відповідальності перед пацієнтом.

Спільно з тим, справжність совісті може породжувати внутрішній конфлікт, коли лікаря ставлять перед рішенням, яке може вплинути на життя та здоров'я пацієнта. Наприклад, лікар, який стикається з вибором між покращенням якості життя термінально хворого пацієнта через інноваційне лікування та повагою до його права відмовитися від лікування. Зіставлення етичних

стандартів та внутрішньої совісті може стати ключовим чинником у попередженні лікарських помилок. Визнання помилок та відкритість у виправленні їх можуть служити не тільки вираженням совісті лікаря, але й допомагати у вдосконаленні медичної практики та зменшенні ризиків для пацієнтів.

Таким чином, сучасне визначення совісті в медицині містить у собі та відстоювання принципів чесності та відмова від корупційних практик, що забезпечує надійність та етичність взаємодії медичних працівників з пацієнтами, впливає на вибір лікарів у різних ситуаціях, включаючи аборти та лікарські помилки, і викликає необхідність пошуку балансу між діями за совістю, зважуванням моральних наслідків та професійними обов'язками.

Як відзначав Цицерон, "найголовніша прикраса - чиста совість". Ця фраза підкреслює, що найголовніше в людині – це його непорочна мораль та совість, а не матеріальні багатства та зовнішні досягнення. Справжність і природа совісті породжують багато дискусій у філософії. Чи може людина йти проти своєї совісті, і які наслідки цього слід очікувати?

Список використаних джерел

1. Kant I. (1991). The metaphysics of morals. Cambridge : Cambridge University Press, 307 p.
2. Етичний кодекс лікаря України Всеукр. з'їзд лікарських орган.; Кодекс від 27.09.2009 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001748-09#Text> (дата звернення 15.12.2023)

СЕКЦІЯ 2. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ БІОЕТИКИ

ІНКЛЮЗІЯ ЯК ПЕРСПЕКТИВА ГЕРОНТОЛОГІЧНОЇ ІНТЕГРАТИВНОСТІ СУСПІЛЬСТВА ПІД ЧАС ВІЙСЬКОВОГО ТА ПІСЛЯВОЄННОГО ВІДБУДОВУВАННЯ УКРАЇНИ

Томаревська Олена Сергіївна
канд. мед. наук, старший науковий співробітник лабораторії професійно-трудової реабілітації ДУ
«Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України»
Елланська Наталія Григорівна
молодший науковий співробітник лабораторії професійно-трудової реабілітації
ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України»
Бондаренко Ольга Миколаївна
магістр факультету спеціальної та інклюзивної освіти
Українського державного університету імені Михайла Драгоманова
Чивільова Лариса Михайлівна
магістр факультету спеціальної та інклюзивної освіти
Українського державного університету імені Михайла Драгоманова
Поляков Олександр Анатолійович
док. мед. наук, професор, завідувач лабораторії професійно-трудової реабілітації
ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України»

Анотація. В дослідженні проаналізовані перспективи інклюзивної освіти в інтегративних підходах, захисту прав людини та професійно-трудової реабілітації з геронтологічними аспектами та для осіб з обмеженими можливостями під час військового та післявоєнного відбудовування України.

Ключові слова: Інклюзія, інтегративний догляд, геронтологія, інвалідність

Abstract. In study analysed the prospects of inclusive education in integrative approaches, protection of human rights and occupational health rehabilitation with gerontological aspects and for persons with disabilities during the military and post-war reconstruction of Ukraine.

Key Words: inclusive, integrated care, gerontology, disability

Виключення будь-якої дискримінації створює спеціальні умови для людей з особливими потребами, що забезпечує однакове ставлення до всіх людей. Сутність цього процесу спрямовано на створення системи умов, що забезпечують можливість саморозвитку, реалізацію творчого потенціалу особистості. Під час відбудовування військового-мануфактурного-оборонного комплексу основними пріоритетами залишаються захист прав людини, та доступ до необхідних ресурсів та послуг всіх вікових груп населення України. Наявні платники податків забезпечують

мінімальний рівень інтегративного та пенсійного піклування за попереднє покоління пенсійного віку платників податків в період високих ризиків травмування, каліцтв та незворотних втрат під час війни в Україні.

В сучасних поточних умовах кожна людина, незалежно від стану здоров'я, наявності фізичного чи інтелектуального порушення, має право на одержання освіти, медико-соціальних послуг, якість яких не різняться від якості послуг відповідних рівню життя в Україні. Отримані травми серед населення, очікувано збільшують траєкторії зусиль щодо доставки послуг та ресурсів, це також відображається на прогнозах та поточних медико-демографічних втрат у дивідендах закономірних триваючих процесах старіння населення України.

Наразі сьогодення вимагає максимального долучення людей з обмеженими можливостями до життя громади, тому впровадження нової системи освіти для таких людей – інклюзивної – є нагальною турботою сучасності.

Однією з актуальних завдань системи освіти та системи охорони здоров'я в Україні є забезпечення необхідних умов для життя осіб з інвалідністю та обмеженими можливостями, де вік не обтяжує прав людини та свободи доступу до послуг, зайнятості, пільг, життєнеобхідних ресурсів, як громадян, які сплачують податки в Україні. Законом України «Про освіту» від 5 вересня 2017 року державою гарантовано забезпечення рівного доступу до освіти без дискримінації за будь-якими ознаками, у тому числі за ознакою інвалідності чи віку; розвиток інклюзивного освітнього середовища, зокрема у закладах освіти, найбільш доступних і наближених до місця проживання осіб з особливими освітніми потребами із обов'язковим забезпеченням універсального дизайну та розумного пристосування (част. 1 ст. 6).

Отже **метою** нашого дослідження є вивчення впровадження різних методів і підходів в систему інклюзивного виховання, освіти, охорони здоров'я, працездатності та професійної зайнятості в Україні, виявленні проблем, можливостей та переваг в процесі її реалізації.

Методи: В дослідженні використовувалися метааналіз та бібліографічні методи та огляд загальних положень в міждисциплінарних суміжних сферах охорони здоров'я та вікової фізіології, соціальної політики, професійної зайнятості населення, освіти та педагогіки.

Результати. Із моменту ратифікації Україною в 1991 році Конвенції ООН про права дитини; 2007 Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю; 1992 ООН Декларація прав людей похилого віку - змінюється світогляд на проблеми та права населення з особливими потребами. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ) про старіння та здоров'я за 2015 рік визначено мету здорового старіння, як допомогу людям розвиватися і підтримувати функціональну спроможність, яка є основою благополуччя. Функціональні спроможності визначаються як «пов'язані зі здоров'ям атрибути, що дозволяють людям існувати і робити те, за що вони мають підстави дістати пошану». Функціональна спроможність обумовлена притаманними здібностями у взаємодії з оточенням. Притаманна здатність — це «сукупність усіх фізичних і розумових здібностей, які людина може використовувати». У жовтні 2017 р. ВОЗ опублікувала Комплексний догляд за літніми людьми: Керівництво щодо втручання на рівні громади для керування зниженням притаманних здібностей для допомоги, що містить підходи щодо особистісно орієнтованого комплексного догляду за літніми людьми (ICORE) на рівні громади. Підхід ICORE втілює зосередженість на оптимізації притаманних здібностей та функціональних спроможностей, як основи здорового старіння. Ці рекомендації можуть слугувати базисом для національної програми. Їх можна використовувати для залучення в програми первинної медичної допомоги та базові пакети допомоги для загального охоплення медичними послугами та профілактики залежності від доглядання. [3, с 1-9] В умовах постаріння населення, а саме превалювання робітників старшого віку, як основною робочою силою на ринку праці та в умовах гуманізації суспільства постає гостро актуальна роль геронтологічних знань і фактичного стану геріатрії за результатами досвіду вивчення стану здоров'я довгожителів, як соціальної моделі прав для осіб пенсійного віку в процесі життєдіяльності громад під час війни в Україні. Аналіз існуючих документів та прийнятих стратегій, що регламентують взаємовідносини в системі «професійна орієнтація та переорієнтація», а також працевлаштування осіб працездатного віку, показав що, актуальним напрямом вирішення цих проблем стала Лісабонська стратегія, яка насамперед визначала різні цілі і завдання щоб побудувати «інформаційне суспільство для всіх». Економічні цілі передбачали створення простору досліджень і інновацій, управління внутрішніми ринками і узгодженість макроекономічної політики. Соціальні цілі передбачали інвестиції в навчання та освіту, активну політику щодо збільшення зайнятості, в тому числі за рахунок підвищення працездатного віку, модернізації соціального захисту і соціальної інтеграції. Окрім того, передбачалося, що перехід до суспільства, заснованого на знаннях, має враховувати засади

«Європейської соціальної європейської моделі». [4, с 135]. Все більшого визнання та поширення набуває **соціальна модель**, яка пов'язана з дотриманням прав людини, а не медична модель. **Медична модель**, на основі якої була створена система спеціальної освіти, у центрі уваги бачить «дефект», «ваду», порушення розвитку. Усі зусилля фахівців спрямовані на мінімізацію впливу порушення на розвиток і навчання дитини – іншими словами, на **корекцію**. Соціальна модель «розглядає ваду здоров'я, як соціальну проблему, а не як характеристику індивіду», оскільки проблема створена непристосованістю оточення, включаючи ставлення до людей з особливими потребами та виробничі норми, архітектурну безбар'єрність і транспорт. Ця модель спрямована на зміни в суспільстві таким чином, щоб забезпечити рівну участь громадян у здійсненні своїх прав.

Система інклюзивної освіти включає в себе навчальні заклади середньої, професійної та вищої освіти. Метою інклюзивної освіти є створення безбар'єрного середовища в навчанні і професійній підготовці людей з обмеженими можливостями.

Сьогодні на зміну спеціалізованому навчанню приходять нові форми отримання освіти – інтеграція та інклюзія. Таким чином інтеграція передбачає пристосування людей з психічними і фізичними вадами до вимог всієї системи освіти. Інклюзія передбачає процес адаптації системи до потреб дитини, в основі якої лежать ідеї рівного ставлення до всіх членів суспільства незалежно від їхньої національності, статі, раси, культури, соціального стану, релігії, віку, індивідуальних можливостей і здібностей.

Інклюзія – це залучення всіх школярів до навчання та шкільного життя, незалежно від наявності тих чи інших індивідуальних особливостей чи відмінностей, яка передбачає усунення будь-яких форм шкільної сегрегації, а саме спеціальних класів для тих, хто на відповідає умовно визначеному стандарту «нормальності». **Інклюзія** (від *Inclusion*– включення) – це процес збільшення ступеня участі всіх громадян у соціальному житті. Це політика й процес, що дає можливість всім дітям брати участь у всіх програмах. В свою чергу **Інклюзивна освіта** представляє собою систему освітніх послуг, що ґрунтується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права здобувати її за місцем проживання, що передбачає навчання дитини з особливими освітніми потребами в умовах загальноосвітнього закладу.

Особа з особливими психофізичними потребами потребує визначення ступеня первинного порушення, рівня та діапазону надання послуг, які задовольняють їхні потреби, характеру та змісту спеціального навчання, розкриття потенційних можливостей та подальшої професійно-трудової реабілітації спрямованих на усунення вже наявних проявів та запобігання появі нових негативних, соціальних проявів. Основна ідея інклюзивної освіти - перехід від інтегрування у закладах освіти до інтегрування у суспільство.

Дефектологічною наукою визначено чотири самостійних і в той час взаємопов'язаних напрямків у вирішенні проблеми корекції відхилення розвитку та поведінки: медико-клінічний, психологічний, педагогічний та соціологічний. Міністерством освіти та його партнерами ініційовано створення на кожній території об'єднаної територіальної громади (району) інклюзивно-ресурсних центрів. Це нові установи з сучасним і менш дискримінаційним підходом, які покликані визначати особливі освітні потреби дітей не на основі міжнародної класифікації хвороб, як це було раніше, а на основі національного (міжнародного) класифікатору функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я ухваленого від 2022.

Загальні дидактичні принципи

Принцип науковості передбачає науковий характер знань, які подаються дітям, навіть якщо ці знання адаптуються з урахуванням пізнавальних можливостей учнів і носять елементарний характер. *Принцип зв'язку теорії з практикою*. Перші відомості про навколишній світ дитина отримує в процесі предметно-практичної діяльності, в подальшому педагог узагальнює і систематизує цей досвід, повідомляє нові відомості про предмети та явища. *Принцип активності і свідомості в навчанні*. Навчання і виховання є двосторонні процеси. Зниження рівня суб'єктивної активності, слабкість пізнавальних інтересів, несформованість навчальної мотивації істотно впливають на успішність освоєння навчальної програми дітьми з відхиленнями у розвитку. Педагоги спеціальної освіти повинні знати про ці особливості і будувати виховну і освітню роботу, застосовуючи відповідні методи і прийоми, які активізують і стимулюють суб'єктивну активність учнів. *Принцип доступності* передбачає врахування вікових та психофізіологічних особливостей людей, а також облік рівня актуального розвитку і потенційних можливостей кожного з них. *Принцип послідовності і систематичності*. Облік цього принципу дозволяє сформулювати у дітей цілісну систему знань, умінь, навичок. *Принцип міцності засвоєння знань*. У процесі навчання необхідно домогтися міцного засвоєння отриманих людиною знань, перш ніж переходити до нового

матеріалу. *Принцип наочності* передбачає організацію навчання спираючись безпосереднє сприйняття предметів і явищ, при цьому важливо, щоб в процесі сприйняття брали участь різні органи чуття. Наприклад, при навчанні та реабілітації людей з порушеннями зору зростає роль тактильно-рухового та інших видів сприйняття. *Принцип індивідуального підходу до навчання і виховання*. В умовах спеціального навчального закладу навчання носить індивідуалізований характер.

Спеціальні дидактичні принципи

Етіопатогенетичний принцип дуже важливий, так як для правильної побудови корекційної роботи з людиною фахівцям необхідно знати етіологію (причини) і патогенез (механізми) порушення. Причини і механізми, що зумовлюють грубе мовне порушення, різні, відповідно методи і зміст корекційної роботи повинні відрізнятися. *Принцип системного підходу до діагностики і корекції порушень*. Для побудови корекційної роботи необхідно правильно розібратися в структурі дефекту, визначити ієрархію порушень. *Принцип комплексного підходу до діагностики і корекції порушень*. Психолого-педагогічна діагностика є найважливішим структурним компонентом педагогічного процесу в спеціальному навчальному закладі. В ході комплексного обстеження, в якому беруть участь різні фахівці (лікарі, психологи, вчителі-дефектологи, логопеди), збираються достовірні відомості про дитину і формулюється висновок, що кваліфікує стан дитини і характер наявних недоліків в його розвитку. *Принцип корекційно-компенсуючої спрямованості* освіти. Будь-який момент в навчанні проблемного дитини повинен бути спрямований на попередження та корекцію порушень. Корекційна спрямованість - це специфічна особливість педагогічного процесу в спеціальному навчальному закладі, яке вирішує більш широке коло завдань (освітні, виховні та корекційні) в порівнянні з загальноосвітньою установою (яке вирішує освітні та виховні завдання). *Принцип опори на закономірності онтогенетичного розвитку*. Для того щоб правильно вибудувати систему корекційно-розвивального впливу, необхідно знати, як ті чи інші функції розвиваються в онтогенезі. Можна сказати, що корекційна психолого-педагогічна робота будується за принципом «заміщає онтогенезу». Наприклад, логопедична робота по формуванню звуковимови починається зі звуків раннього онтогенезу, робота з розвитку моторики передбачає врахування закономірностей розвитку рухів в онтогенезі.

Активні методи навчання допомагають розв'язанню проблем, максимально наближених до професійних, розвивати мислення учнів, розширювати і поглиблювати професійні знання, розвитку практичних вмінь і навичок. Сьогодні набула велику популярність **проектно-практична діяльність**, розробка проєктів, створення і перевірка гіпотез та дослідження процесів. Одним з активних методів навчання - є **метод проєктів**. В основу методу проєктів покладено розвиток пізнавальних, творчих навичок і критичного мислення, уміння самостійно конструювати свої знання, орієнтуватися в інформаційному просторі.

Серед **загальних дидактичних методів** виділяють найбільш актуальні: **Вправа** – багаторазове виконання навчальних дій з метою відпрацювання вмінь і навичок. **Практична робота** направлена на виконання завдання з опрацювання матеріалів, виготовлення предметів, продуктів, робота на пришкольніх ділянках, у майстернях. Вправи сприяють виробленню організаційних та господарських навичок. **Навчальна дискусія** - це один із методів навчання, який поступово вводять у практику нашої школи. Метод дискусії - це обмін поглядами з конкретної проблеми. Переваги полягають у стимулюванні пізнавального інтересу. **Робота з книгою** (підручником) - найважливіший метод навчання. З'явилася можливість отримати інформацію не тільки від викладача, а й з книг у зручний час та місці, тобто вдома або в бібліотеці. Їхня роль в освітньому процесі стала вагомішою з появою електронних підручників. **Ефективність відео-методу** пов'язана з впливом наочних образів, дидактична роль яких може бути реалізована лише за умови поєднання із вправами, тестами в електронному вигляді. Аудіовізуальні технічні засоби, комп'ютери, устаткування і програми віртуальної реальності Metaverse, Інтернет з його інформаційними можливостями, можуть виконувати весь комплекс дидактичних функцій: повідомлення знань, повторення, контролю. Відеометоди залежать від якості програмного матеріалу відео посібників, програмного забезпечення, які можуть бути створення спільними зусиллями викладачів і спеціалістів з комп'ютерних та інформаційних технологій. **Метод навчальної гри** ґрунтується на відтворенні, моделюванні дійсності, імітуванні реальної дії. [5, с.54-111].

Висновки. Підвищення мотивації навчання, цілісне формування відповідних ситуаційних задач, які спонукають до пошуку нових більш раціональних відповідей на основі теоретичних і практичних розробок, що забезпечуються високоякісними кадрами педагогічного, андрагогічного та герогогічного складу. Формування адекватної моделі сприйняття та реагування на більшість

клінічних нестандартних ситуаційних завдань, що стосуються вразливих верств населення. Як зазначалося вище, невід'ємною частиною прийнятої стратегії, яка передбачає посилення взаємодії між політикою в областях економіки, зайнятості та розвитку людських ресурсів, є розвиток високоякісної професійної освіти і навчання. І в зв'язку з цим найважливішим принципом політики Європейського Союзу визнано збільшення віддачі щодо інвестування людських ресурсів, тобто підвищення ефективності та якості професійного розвитку (освіти і навчання) громадян. Виховання суспільства в порозумінні постійного удосконалення своїх професійних навичок, навчання ноетиці, інтеграції та інклюзії є раціональним економічним підґрунтям норм гармонійного розвитку професійного і працездатного суспільства в умовах зросту відсотка працівників старшого віку. Ноетика, екоетика, геронтоетика, як світоглядні основи реабілітації і сталого розвитку суспільства в Україні набули високої актуальності науки, внаслідок підвищення випадків екологічної катастроф та війни в Україні, а також демографічного постаріння суспільства все це формує нові підходи до відповідального біоетичного ставлення до наукових розробок, геронтоетичних відносин між поколіннями. [6, с.32]. Все це дозволить зберегти та зміцнити ноосферу населення громад і інклюзії суспільства, що є запорукою військового та післявоєнного відбудовування України.

Список використаних джерел

1. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими освітніми потребами: зб. наук. праць / гол. ред. П.Т. Таланчук та ін. № 6 (8). К: Університет «Україна». 2009. 484 с.
2. Закон України «Про освіту». (2017, 5 вересня). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19>
3. Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/FWC/ALC/19.1). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Поляков О.А., Томаревська О.С. Роль геронтологічних знань в процесі особистісного становлення майбутнього лікаря// Новітні чинники впливу на розвиток особистості майбутніх фахівців системи охорони здоров'я. Матеріали XIX міжнародної наукової конференції, Київ, Україна. 2019. – С. 135-137.
5. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи : монографія. К. : «Самміт-Книга». 2016, 152 с.
6. Поляков О.А., Томаревська О.С. Ноетика, екоетика, геронтоетика як світоглядні основи виховання і сталого розвитку суспільства в Україні // Безпека Життєдіяльності. – 2020. – №7. - С. 30-32.

ONE TECHNOLOGY: TWO ETHICAL PATHS: ETHICAL, GOVERNANCE & JUSTICE CHALLENGES IN HUMAN GENOME EDITING

Oliver Feeney

*Researcher in Ethics and Governance of Genome Editing,
Institute of Ethics and History of Medicine, University of Tübingen, Germany*

Abstract: The last decade has seen a dramatic increase in the pace of scientific development of genome editing technologies, particularly highlighted by the advances enabled by CRISPR-Cas9. One area of immense potential is the use of genome editing technologies in humans. Alongside the potential benefits, there are a number of ethical and governance issues that arise, posing challenges for the development of robust governance of this technology. In this presentation, I explore two trajectories that the technology has taken over the last ten years, that elicited two very different ethical responses – the heritable gene-editing experiment by He Jiankui and the recent breakthrough of Casgevy - a CRISPR-Cas9 gene editing somatic therapy to treat sickle-cell disease. I outline the key aspects of these different ethical responses, as well as some commonly held suggestions for responses in terms of governance. However, I analyse this responses more closely to highlight further complexities and challenges in ethics, governance and justice. In short, there are challenges, and responses, and further challenges created by those responses.

HUMAN REMAINS IN ACADEMIA AND MUSEUM. NEGOTIATING DIFFICULT PAST AND PRESENT

*Agata Strządala,
Ph.D., Wrocław Medical University, Division of Medical Humanities and Social Science*

Collecting and analyzing human remains in research institutions and museums is an ancient practice, yet their role and societal perception undergo changes over time, particularly due to the decolonization trend. It also holds significant implications in religious and cultural contexts, as representatives of various ethnic groups seek the repatriation of their ancestors' remains. Efforts are directed towards ensuring dignified or culturally aligned burial practices or commemorating individuals who have often been victims of colonization, direct violence, or systemic brutality. New regulations are currently emerging to address these claims and determine their adjudication. However, this is not without controversy, as it poses a dilemma between the rights to dignified burial and the decolonization of museum collections on one hand, and the freedom of research and potential benefits derived from future studies on these remains on the other. This text delves into these issues, including the development of a new, appropriate language that takes into account the personhood of individuals whose remains are stored and analyzed in scientific and museum institutions.

EXPERIENCES WITH LEADING A HOSPITAL FILM CLUB IN HUNGARY, UZSOKIMOZI

*Eszter Ureczky,
senior lecturer, Department of British Studies,
Institute of English and American Studies,
University of Debrecen, Hungary*

In 2023, I was invited by the head of Fogjunk Össze Alapítvány ("Join Hands Foundation"), Dr. Andrea Ficzeré, who is also the director of Uzsoki Hospital in Budapest, Hungary, to organise a health-related film club in the hospital. Dr. Ficzeré created the Foundation during the most difficult time of the Covid period to offer help to both healthcare workers and patients, and the organisation currently engages in creating and holding awareness-raising events for adults, young adults, and children. The Foundation's activity is unique in the country with its wide social outreach and health-centred agenda, initiating much-needed discussions about mental and physical health, health awareness, medical education, and even burnout prevention – just to mention a few of their objectives.

As part of this mission, the film club was created for mainly infotainment purposes. The target audience of this series of events was imagined as a diverse community of doctors, nurses, other healthcare workers, in- and outpatients, family members and anyone interested in the chosen topics. When designing the program, my guiding vision was to create a safe, intellectually motivating and emotionally supportive environment, where regardless of their professional backgrounds, participants can freely enjoy a film screening and then talk about issues that eventually affect all of us – health, illness, care, pain, and difficult medical decisions. As the film club is always held in the hospital, it is also important that the building is not merely experienced as someone's workplace or a dreaded site of illness and vulnerability, but also as a place of culture, community, and learning. The presentation will first briefly introduce the work of the Foundation, then outline the general design of the film club, followed by an introduction to our earlier and planned topics, invited guests, positive and negative reactions, challenges. All the above aspects shall be contextualized in the theoretical background of the medical humanities and the methodological framework of cinemeducation, that is, using the medium of film for health education purposes.

I will especially focus on two contemporary Hungarian films that were part of the programme last year: Zoltán Vámos's *The Dust of Diamond Highways* (2022) and *Asia Dér's I Won't Die* (2023). The first film is an award-winning short piece created by the film director and physician (intensivist, anesthesiologist, and ambulance officer) Zoltán Vámos, which was inspired by an encounter with one of his own patients, an older woman, and revolves around the theme of dementia care and empathetic communication in an institutional environment. The second film is a documentary, focusing on the experiences of a middle-aged gallery owner diagnosed with pancreatic cancer, who undergoes radical surgery and chemotherapy to fight the disease during a three-year period. Both films focus on various forms of care in critical situations, as both dementia and cancer are omnipresent, yet taboo subjects in Hungarian society today. The presentation will approach them by relying primarily on the field of care ethics, offering potential answers to the following questions: why is dementia such a stigmatized condition? how could dementia care be improved? what does self-care imply for a cancer patient? where does healing really start after such a diagnosis?

**SIMON CRITCHLEY: 'THE BOOK OF DEAD PHILOSOPHERS'
AND THE PHILOSOPHICAL DEFENCE OF THE RIGHT TO DIE
(NEW CHALLENGES FOR BIOETHICS)**

*Inna Golubovych
Doctor of Science in Philosophy, Professor,
Odessa I.I. Mechnikov National University*

The right to die, the right to commit suicide, and voluntary death are one of the most important problem areas in bioethics. At the practical level, an appropriate regulatory framework is being developed, new formats of medical care are emerging, associated, for example, with the legalization of euthanasia in certain regimes. Active public debate on this topic continues. Nevertheless, it is precisely this problematic field of bioethics that needs deep philosophical understanding. The intellectual and spiritual confrontation, divergence, conflict between the two opposing sides of the debate - defenders and opponents of the right to suicide - is the most acute and almost irreconcilable. The stakes is too high, because life is the highest value for us, especially in the context of humanistic and anthropocentric priorities of culture.

Among those who actively defend the right to death in philosophical battles is the famous British philosopher Simon Critchley, who has been working in the United States for many years and teaches at the New School in New York. The Ukrainian reader is well aware of his book, translated into Ukrainian by Vadim Menzhulin '*Continental Philosophy: A Very Short Introduction*' [1, 2]. The author of this publication was lucky enough, during an internship in the USA (Fulbright program), to meet Simon Critchley and listen to his course 'Tragedy as Philosophy'. The author of this publication had the opportunity during an internship in the USA (Fulbright program) to meet Simon Critchley and take his course Tragedy as Philosophy.

In his theoretical justification of the right to death and a suicide defense, Simon Critchley connects two lines – historical-philosophical and bioethical, conditionally bioethical, because scholar himself does not articulate his special interest in bioethics. He writes one of the most paradoxical textbooks on the history of philosophy '*The Book of Dead Philosophers*' (Granta Books, 2008 and Vintage, 2009) [5].

Critchley discusses the deaths (and lives) of philosophers ranging from Thales and Plato to Confucius and Avicenna (Ibn Sina), from Princess Elizabeth of Bohemia and Hegel to Heidegger and Frantz Fanon. Critchley follows Cicero in exploring the view that 'to philosophize is to learn how to die'. He emphasizes: 'The main task of philosophy <...> is to prepare us for death, to provide a kind of training for death, the cultivation of an attitude towards our finitude that faces down - the terror of annihilation without offering promises of an afterlife' [5, p. XV].

Thus, the contemporary philosopher, on the conceptual basis of an exquisite, elegant, ironic, paradoxical version of the history of philosophy, creates a historical-philosophical justification for the right to death and suicide. The paradoxical combination of death and laughter makes this version especially attractive. The main principle of "philosophical death" for Simon Critchley is 'To Die Laughing' [5, p.XXV-XXX]. It is worth mentioning that one of the most famous philosophical bestsellers by Simon Critchley is his book 'On Humor' [4].

In 2015, Simon Critchley's book, specifically dedicated to suicide, was published. 'Notes on Suicide' (Fitzcarraldo, 2015) [3]. This is a presentation of the author's version of the discourse surrounding suicide (theory) and narratives of suicide (sweeping historical overview of suicide, a moving literary survey of famous suicide notes, and a psychological analysis of himself). As stated in the announcement of the book, which went through several reprints: again the prevailing tendency to either moralize against suicide or glorified self-murder, Critchley defends suicide as a phenomenon that should be thought about seriously and soberly'[3]. What does it mean for Simon Critchley 'to reflect on suicide without moral judgment and panicked response' (Judith Butler) [3]? For Critchley, this is an understanding of basic anthropologem: what it means to possess the all too human gift and curse of being able to choose life or death.

Whether we agree or disagree with Simon Critchley's arguments, we cannot ignore his intellectual proposal to write a philosophical defense of the right to suicide. This version cannot be ignored also because the ambitions of thinker who gravitates towards nihilism and proclaims 'The Anarchist Turn', are much more radical than just 'A Suicide Defense'. Simon Critchley states: the legal frameworks that define suicide are still hostage to a Christian metaphysics that declares that life is a gift of God and therefore to take your own life is a sin. In killing oneself, it is claimed that one is assuming a power over one's existence that only God should have. In the contemporary world, the state has taken the place of God and suicide is either deemed illegal or regarded as a kind of moral embarrassment.

He goes on a campaign against Christian metaphysics and the legal frameworks of the modern state. And this is another reason to emphasize that the philosophical discourse of bioethics should involve all areas of philosophy, including theology and political philosophy, into its orbit. We must prepare very seriously and soberly for the debate with Simon Critchley. This is exactly how our possible protagonist encourages us to think in his provocative texts and public speeches.

References

1. Крічлі С. Вступ до континентальної філософії/ Пер. з англ. В. Менжулін. К.: Стилос, 2008. 152 с.
2. Critchley S. Continental Philosophy: A Very Short Introduction. Oxford: Oxford University Press, 2001. 168 p.
3. Critchley S. Notes on Suicide. Fitzcarraldo, 2015. 120 p.
4. Critchley S. On Humor. Routledge, 2002. 144 p.
5. Critchley S. The Book of Dead Philosophers. New York: Vintage Books, 2009. 266 p.

НЕМЕДИЧНІ ПРОБЛЕМИ В ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОВЕДЕННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ НА ТВАРИНАХ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ

*Хіміч Сергій Дмитрович,
д.мед.н., професор, завідувач кафедри загальної хірургії,
Дениско Тетяна Валеріївна
аспірантка кафедри мікробіології
Хіміч Олексій Сергійович,
асистент кафедри клінічної анатомії та оперативної хірургії
Рауцкіс Віктор Повеласович,
аспірант кафедри загальної хірургії,
Кривонос Максим Іванович,
старший лаборант кафедри загальної хірургії,
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

Відомо, що експериментальні роботи на тваринах є надзвичайно поширеними в усьому світі і проводяться практично в усіх наукових медичних закладах. В свою чергу такі дослідження потребують розробки та запровадження значного «етичного супроводження», що є надзвичайно актуальним питанням.

Опрацювавши різноманітні джерела (1) та беручи за основу Наказ Мінмолодьспорту України № 249 від 01.03.2012 «Про затвердження Порядку проведення науковими установами дослідів, експериментів на тваринах» (2), який до речі є чинним і в даний час, нами був розроблений алгоритмічний порядок роботи, для проведення досліджень на щурах.

Згідно вище згадуваного наказу усі експериментальні дослідження проводились тільки в умовах віварію Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова протягом 2022- 2023 років. Слід також звернути увагу й на те, що такі роботи були погоджені комітетом з біоетики нашого університету. Алгоритмічний характер «етичного супроводження» наших досліджень полягав в наступному:

1. На початку експерименту розроблявся дизайн дослідження, який був представлений до комітету біоетики Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, де було погоджено план експериментальної роботи щодо дотримання гуманних, етичних та морально-правових принципів дослідження.

2. Для адекватного утримання тварин була виділена окрема кімната з комфортними умовами перебування;

3. Згідно з правилами трьох R (Replacement, Reduction, Refinement, тобто заміна, зменшення, вдосконалення) для адекватної оцінки ранового процесу нами було вибрано мінімальну кількість щурів, для достатньої оцінки ранового процесу, статистичної обробки матеріалу та отримання достовірних результатів;

4. Усі тварини перебували на 10-денному карантині, забезпечувались повноцінним харчуванням та водою;

5. Для уникнення струсу у тварин та з метою отримання достовірних результатів перед експериментом тваринам проводили адекватний повноцінний наркоз;

6. Потім, вже під наркозом, кожній тварині наносилась стандартна рана для усіх тварин;
7. Усі маніпуляції (в т.ч. перев'язки, уведення ліків, вимірювання температури тощо) проводились безболісно. У тому випадку, коли необхідно було тварину виводити з експерименту – евтаназію знову ж таки проводили під наркозом;
8. Виведення з експерименту вважалось доцільним тільки тоді, коли це було потрібно (як правило для забору матеріалу для гістологічних досліджень). В усіх інших випадках усі дії науковців були направлені на то, щоб вилікувати тварин та повернути їх до нормального життя.

Висновки:

1. Дотримання етичних та моральних принципів дають можливість провести повноцінні експериментальні дослідження завдаючи мінімальної шкоди тваринам.
2. Результати наукових досліджень можуть наблизитись до ідеальних та достовірних тільки при умові дотримання вище вказаних алгоритмічних дій та відповідного технічного забезпечення. Разом з тим, потрібно старатись якомога менше тварин залучати до експериментів і, при можливості, розвивати математичне моделювання експериментальних робіт.

Список використаних джерел

1. Хіміч О.С., Рауцкіс В.П., Кривonos М.І Санітарно-гігієнічні, деонтологічні та медико-правові засади успішної організації проведення експериментальної роботи на тваринах *Public Health Journal*.-2023.-№4.- С.77-81 /DOI <https://doi.org/10.32782/pub.health.2023.4.11>
2. Наказ Мінмолодьспорту України №249 від 01.03.2012р «Про затвердження Порядку проведення науковими установами дослідів, експериментів на тваринах». <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0416-12#n11>

ECOFEMINISM AND BIOETHICS

Kateryna Karpenko

Kharkiv National Medical University,

D., Prof., Head of the Department of Philosophy and Social Sciences,

Director of the Center for Gender Education of KhNMU (Ukraine);

Paderborn University (Germany), Professor of the Department of Philosophy,

Researcher of the Center for the History of Women Philosophers and Scientists



"This project has received funding through the MSCA4Ukraine project, which is funded by the European Union".

In the early 1970s of the 20th century, biologists and doctors drew the attention of society to two important problems: the need to preserve the ecology of the planet, on which life depends, and the consequences of the progress of life sciences concerning human manipulation. This was the beginning of bioethics as a new direction of scientific research. In the book “Bioethics: A Bridge to the Future”, published in 1971, Van Rensselaer Potter drew attention to the increasing ability of humans to change nature, including human nature, and the consequences of this for the global future [5, 8].

Global bioethics is a realistic ethics that can “look biological facts in the eye.” “The main thing we need,” Potter points out, “is not conservatism or liberalism, but a realism of views on human nature and the world in which we live” [6, p.10].

Following I. Kant, Potter believes that wisdom consists to a greater extent during action than in knowledge, the role of the latter being to justify moral prescriptions. The wisdom of bioethics lies in the fact that, avoiding pure speculation, divorced from life, it strives to become a “guide to action”, to offer ethical standards for regulating all spheres of human activity.

Potter praised the contribution to bioethics of psychologist Carol Gilligan, who showed that widespread social models of understanding and assessing female behavior are determined by the stigmatization of the feminine [6, p. 88]. This stigma stems from the fact that women are not like men; they are different, they have a different, different from male, type of worldview, which is more contextual and narrative in nature, in contrast to the formal and abstract masculine type of perception. Potter’s global bioethics is built on the unification of rights and responsibilities, on the combination of masculine and feminine images of the world [6, p. 86-91]. Consequently, we can talk about the methodological tangent of global bioethics and ecofeminism. Ecofeminist discourse consistently conveys the idea that not only the health of an individual but also nature as a whole need protection outside the state and the economy. They consider environmental problems as a subject matter of ethics of care and bioethics [4, 7].

The methodological ability of modern ecofeminism is determined by its flexibility regarding issues of inclusiveness, reciprocity, and complementarity. There is no single ecofeminism. Trends arising at the intersection of essentialist and social constructivist approaches to defining the nature of the relationship between women and environmental conditions allowed Karen Warren [7, p.43] to apply the metaphor of “quilting” (a product made of pieces of fabric) to ecofeminism. Quilting-ecofeminism assumes both the self-identification of cultures in certain natural conditions, and the dialogue between them, which contributes to the rooting in modern society of epistemological and practical responsibility for the nature of relations between nature and society, men, and women.

The task of ecofeminism is not only to change consciousness, to rewrite theology, to reinterpret history. Culture and consciousness themselves are only the realization of the consequences of the social system. The main task of ecofeminism is the struggle for environmental changes, which are woven into a complex system of social, economic, technical, technological, and interpersonal relations, and the transformation of consciousness is very important not only an auxiliary, but also an essential means in this struggle.

In modern society, macho morality, the morality of male autonomy and competition, the morality of the dominance of strength over weakness, men over women, humans over nature, still acts as a barrier to the implementation of many ideas of global bioethics. And if the “male voice” is the voice of the socially privileged sex, a voice in defense of their social rights and freedoms, then the “female voice” is the voice of responsibility and care for others. A woman not only forms and evaluates herself as a person in the context of human relationships, but also based on her ability to help others. In other words, women have a special “moral language” that is different from men’s. They tend to focus more on narratives, contexts, and relationships, rather than being bound by moral principles reflecting hierarchical social orders [6, p. 88].

In the modern ecofeminist discourse, there is a consistent criticism of the attempt to find the components of universal morality, which are quite common today [2]. Most often they are accompanied by a warning about the impossibility of imposing them, the primacy of dialogue in an ecofeminist attempt to connect local interpretation with a global perspective. Ulrich Beck is like that thus expresses the need to account for the consequences for the world and the environment when making decisions at the state level [1]. We can observe how in some models the principle of beneficence, losing its meaningful side, gives way to a much more concrete “do no harm”. Kimberly Hutchings points out that instead of building a general ontology as the primary task of bioethics, it would be much more useful to look for ways principles of coexistence with others [3]. Its pluriversality is not categorical imperative of the future, but the cultivation of creative resources to find ways of cooperation with others.

Achieving the main priorities of global bioethics is impossible without guarantees of women’s rights. Their role in human health, the preservation of ecosystems and the limitation of population growth has become more grounded, convincing, and therefore more visible. The given tendency is indirectly confirmed by the modern trends towards reciprocity and coherence of the values of ethics of care and ethics of responsibility during the last decades. The ethics of justice and care ethics emerged as two opposed concepts of morality and moral development. But we can say that they complement each other rather than conflict with each other. “At the highest level of abstraction, the ethics of justice as honesty asserts a universal duty to humanity. This duty is usually understood in terms of the universal requirement to respect the intrinsic dignity of all individuals. The ethics of care, for its part, recognizes that moral commitment is based on the specifics of the moral context. In this sense, the ethics of care seek the foundations of morality in associative ethics” [4, p. 64].

Global bioethics is born out of anxiety and critical concern associated with unprecedented scientific and technological progress. It performs the functions of an ethics of caution, since it is based on a person’s fear of the ugly, the loss of one’s own image, and the destruction of the very foundations of life. Its main task is to control the use of knowledge, that genie that the natural science of the twentieth century raised and liberated. The feeling of fear contributes to the revaluation of existing values, and the immanent responsibility of the individual for the future makes this feeling a source of obligation, a moral act.

But can fear be a value and the basis of all other values? According to the German sociologist Ulrich Beck, the unchallenged dominance of fear as a socio-cultural and psychological phenomenon that permeates the entire history of mankind is coming to an end. We are witnessing the emergence of a new society of the postmodern era – the risk society.

The desire to take risks not only complements the feeling of fear but is also an ability comparable to such basic human characteristics as, for example, freedom or rationality. Apparently, a life devoid of risk would be impossible: fear and risk allowed a person, overcoming many dangers, to fulfill his/her destiny. However, in the modern context, risk takes on another, additional meaning – the global risk of losing the

biological foundations of the existence of *Homo cultura*. Modern society has become a risk society in the sense that it is increasingly occupied with debating, preventing and managing risks that it itself has produced. “Risk” writes Ulrich Beck “is the involuntary, unintended compulsory medium of communication in a world of irreconcilable differences, in which everyone revolves around themselves. Hence a publicly perceived risk compels communication between those who do not want to have anything to do with one another. It assigns obligations and costs to those who refuse them and who often even have current law on their side” [1].

Understanding the risks that accompany the intensive development of technologies and provoke new bioethical problems is also carried out within the framework of cyberfeminism, which is one of the branches of ecofeminism. The rapid spread of digitization in various spheres of life, including the environment, and the transformative potential of modern cyberfeminism open up new opportunities for a more inclusive and equal society. Cyberfeminist conceptualizations of technical development critically influence the role and power of women in creating emancipated cyberspaces, shedding light on how technology can be a tool for women’s empowerment, and how it can deconstruct current power imbalances and gender inequalities in medical bioethics as well as global bioethics.

Therefore, the analysis of global bioethics in the context of ecofeminism allows us to conclude about the growing role and opportunities of women in decision-making regarding the health of individuals and environmental problems. Women, occupying an increasingly higher position in the social hierarchy, thus receive more and more opportunities to influence the management of the production of goods, services, moral and spiritual values, and more and more chances to “be heard”, giving “their voice” in defense vulnerable, weak, socially unadopted, in defense of objects of the natural world. Women who have the right to control their own bodies and reproductive functions can, through their decisions, help strengthen individual responsibility for demographic processes and the preservation of a healthy ecosystem.

References

1. Beck, Ulrich (2006). Living in the world risk society. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6441670/mod_resource/content/0/Beck--WorldRisk.pdf
2. Curry, O. S., Mullins, D.A. and Whitehouse, H. (2019). Is It Good to Cooperate?: Testing the Theory of Morality-as-Cooperation in 60 Societies, *Current Anthropology*, vol. 60, no. 1, pp. 47–69.
3. Hutchings, K. (2019). Decolonizing Global Ethics: Thinking with the Pluriverse, *Ethics & International Affairs*, vol. 33, no. 2, pp. 115–125.
4. Karpenko, Kateryna (2023). Gender Justice and Ecological Issues. In: Hagengruber, Ruth Edith. *Women Philosophers on Economics, Technology, Environment, and Gender History: Shaping the Future, Rethinking the Past*, Berlin, Boston: De Gruyter, 2023. pp. 57–69.
5. Potter, V. R. (1971). *Bioethics: Bridge to the Future*, Englewood Cliffs: Prentice-Hall. – 253 p.
6. Potter, V. R. (1988). *Global bioethics: Building on the Leopold legacy*, East Lansing: Michigan State University Press. – 111 p.
7. Warren, Karen (2000) *Ecofeminist Philosophy: A Western Perspective on what it is and why it Matters*. Rowman & Littlefield. – 253 p.
8. Whitehouse, P. J. (2002). Van Rensselaer Potter: An Intellectual Memoir. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 11(4), 331–334.

ПИТАННЯ БІОЕТИКИ СУЧАСНОГО АРАБО-МУСУЛЬМАНСЬКОГО СВІТУ

Білокопитова Ніна
к.філос.н., фрилансер, м. Стамбул, Туреччина
Ель Гуессаб Карім
к.філос.н., доцент кафедри філософії,
публічного управління та соціальної роботи
Запорізький національний університет,
м. Запоріжжя, Україна

В арабо-мусульманському світі в рамках сучасних біоетичних моделей триває постійна дискусія з проблем біоетики між релігійними діячами та фахівцями медицини. Головним предметом цієї дискусії є питання життя і смерті: чи слід проводити життєпідтримуюче лікування і за яких обставин його можна призупиняти; проблематика експериментів на людських ембріонах; чи можуть використовуватися органи померлого як джерело органів і тканин для поліпшення здоров'я або порятунку життя інших; чи може людина самостійно приймати рішення про тривалість власного життя, тощо.

Генеральний директор Європейського парламентського дослідницького центру Ф. Перхок, у лютому 2020 р. констатував, що «секуляризм» західної еліти, який вибудовує глобальну політику міжнародних відносин, є не авангардом, а винятком на тлі світових тенденцій [5]. В його докладі про зовнішню політику Європейського союзу була зафіксована значимість релігійного фактора в глобальній політиці в області екології, миротворчості, глобальної етики та біоетики [5].

Існує багато різних способів пов'язати іслам і біоетику, і автори пов'язують ісламську біоетику з різними речами. Для одних ісламська біоетика відноситься до постанов ісламських юристів, які пишуть про етико-правову допустимість участі в певних терапевтичних вправах. Для інших ісламська біоетика може бути пов'язана з традиційною формою лікування, яка виникла в середньовічних мусульманських країнах і, таким чином, є джерелом як у священних джерелах, так і в культурних практиках. Інші сумніваються, чи існує взагалі окрема «ісламська» біоетика [4].

В історії розвитку ісламської біоетики як нової форми знання велику роль відіграла перша конференція Ісламської організації медичних наук (IOMS) [1]. у Кувейті (1981 р.), де було прийнято проект кодексу Ісламської медичної етики. У ньому відображені такі етичні питання, як щирість, чесність у професії лікаря, лікарська таємниця, милосердя та співчуття, обов'язки та ставлення лікаря до пацієнтів, колег, питання проведення експериментів на людях та ін. Створено Ісламську раду міжнародних організацій медичних наук Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) [2].

В останні п'ять років до порядку денного було включено та розглянуто такі питання біоетики, як пересадка органів або тканин, смерть головного мозку, принцип допомоги, технології у відділенні інтенсивної терапії. Прошли II (Кувейт, 1982), III (Стамбул, 1984) та IV (Карачі, 1986); міжнародні конференції ісламської медицини (OIMS), на яких були розглянуті права дитини у контексті ісламу. Було прийнято рекомендації щодо захисту молоді від вживання наркотиків, алкоголю, тютюну. Особливу увагу було приділено духовному розвитку, компоненту моральності медичних освітніх програм, за допомогою яких можна підготувати мусульманського лікаря.

Сфера ісламської біоетики постійно розширюється. Це означає, що всі питання, які цікавлять «споживачів» біоетики у західному чи східному світі, становлять такий самий інтерес, як і для «споживачів» ісламської біоетики.

Сьогодні ісламських медиків та біоетиків хвилюють три основні питання:

1. Що розуміється під Ісламською біоетикою?
2. Ким формуються біоетичні норми?
3. Як ми можемо оцінити висновки, досягнуті під час біоетичних обговорень? [3, с.15-18]

В ісламській науці етична сфера перегукується з такими термінами, як *akhlaq* (чеснота), *istihsan* (справедливість), *maslaha* (суспільний інтерес чи добробут), «правильно» та «неправильно», що сприяє чи не сприяє найкращому забезпеченню інтересів суспільства, і що таке «юридична перевага».

Споживачі ісламської медичної етики сьогодні – це лікарі та науковці, релігійні лідери та медичні установи, органи, які визначають політику охорони здоров'я. Пацієнт покладається на них, особливо тоді, коли він перебуває в невизначеності щодо того, чи не порушуватиме релігійні догми запропонована йому медична процедура.

Біоетичні норми викладаються переважно через фетви (фатва, фатуа; араб. فتوى). Фетву можна визначити як нормативно-правове джерело ісламського права, що виступає як умовивід вчених світу ісламу, що мають авторитет, з конкретних питань, ініційованих ісламськими суддями (кадіями) або за запитом Меджлісу (араб. مجلس Majālis, дослівно - місце зборів. законодавчо-представницький орган, аналог парламенту), але фетви є обов'язковими юридичними нормами. На одну й ту саму тему можна знайти більше однієї фетви, іноді вони можуть бути діаметрально протилежні. Якій із них слідувати?

Наприклад, у Сполучених Штатах законодавчі норми визначають порядок пріоритетності сурогатних осіб. У випадках, коли пацієнт має когнітивні порушення або не має спроможності приймати рішення, а також не надав попередніх вказівок і офіційно не призначив довіреності на медичне обслуговування, законодавство штату Іллінойс уповноважує законного опікуна, чоловіка/дружину, повнолітню дитину, батьків, брата, сестру, онука, а потім іншу сурогатну особу, у такому порядку... Інші штати мають іншу схему, і ця правова основа впливає на те, які дії можна вжити. Подібно до того, як *академічна ісламська література з біоетики мовчить про моделі прийняття рішень* у сфері охорони здоров'я, вона також мовчить про етику щодо сурогатного

материнства. Тим не менш, ісламське право має свою власну схему опіки, *wilāyah*, яка надає перевагу певним відносинам над іншими. Можливо, ця схема може мати нормативне значення у сфері охорони здоров'я при розгляді черговості сурогатного материнства [4].

З правовими контекстами пов'язані політичні контексти тих, хто шукає ресурси з ісламської біоетики. Етичні зобов'язання мусульман, які живуть у мусульманській країні, і зобов'язань мусульман, які є меншиною, можуть відрізнитися. Є кілька причин, чому це може бути так. З одного боку, визначення етичного зобов'язання може спиратися на визначення спроможності виконувати зобов'язання, іншими словами, «повинен» можна розглядати лише тоді, коли є «можна». Ще одна причина розбіжностей полягає в пацієнтах, за якими ви доглядаєте. Існують інші зобов'язання, покладені на лікарів-мусульман, коли вони доглядають переважно за пацієнтами-немусульманами, ніж коли вони доглядають за пацієнтами-мусульманами, які, ймовірно, поділяють ті самі моральні норми. Зв'язуючи ці два фактори та те, як вони можуть вплинути на споживачів ісламської біоетики, є поняття відмови від військової служби з мотивів сумління. Розглянемо випадок, коли лікаря-мусульманина просять виконати процедуру, яка вважається неприпустимою за ісламським правом, наприклад, постійну стерилізацію. Очевидно, що ісламські біоетики повинні розглянути, чи є пацієнт, який звертається за цією процедурою, мусульманином чи немусульманином, тому що обов'язки перед одновірцем можуть відрізнитися від того, хто не є таким, якщо не діями, то принаймні способом їх виконання, спілкуванням з пацієнтом. Крім того, для оцінки етичних зобов'язань щодо виконання нормативно забороненої процедури має вирішальне значення те, чи має лікар у цьому випадку можливість самовідводу, посилаючись на сумління, чи ні [4].

Висновки. Тож, можуть існувати вагомі причини, чому розвиток академічних дискурсів ісламської біоетики не обов'язково віддзеркалює шлях, яким пройшла світська сучасна біоетика. По-перше, значна частина авторів ісламської біоетики пишуть із мусульманських суспільств, і їхні етичні інтереси можуть відрізнитися від інтересів засновників сучасного руху біоетики. Таким чином, мусульмани можуть бути не так стурбовані динамікою стосунків між відносинами «пацієнт – лікар» і браком уваги до способів спільного прийняття рішень у результатах ісламської біоетики. Відповідно, відмінності в структурі охорони здоров'я в мусульманських суспільствах і в західних країнах також можуть відігравати певну роль у приділенні уваги або неувваги певним питанням, у площині «пацієнт - лікар – суспільство».

Подібним чином, відсутність філософського та теологічного розгляду медицини в ісламських біоетичних працях може походити від відносного зважування дисциплін в ісламській інтелектуальній традиції. Ісламське право є джерелом етичного мислення в ісламі, а «усуль аль-фікх» (араб. أصول الفقه «основи фікха» дисципліна ісламського права *fikh*, що систематизує джерела, основи теорії та методології юриспруденції, є сукупністю чотирьох «основ»: Корану, сунни, іджми та кіясу) часто вважається найнадійнішою з ісламських наук. Отже, витіснення філософського та теологічного мислення в ісламській біоетиці може бути природним наслідком наголосу на законі в ісламі. Тим не менш, міждисциплінарне залучення та багатовимірний аналіз могли б загострити переосмислення щодо проблематики ісламської біоетики.

Список використаних джерел

1. Ісламська організація медичних наук URL: <https://islamset.net/?lang=en> (дата звернення: 28.01.2024).
2. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) URL: <https://cioms.ch/bioethics/> (accessed January 29, 2024).
3. Islam and Bioethics (2012) Ankara, 293 p. URL: <https://dspace.ankara.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12575/11018/Islam%20and%20Bioethics.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (accessed January 29, 2024).
4. Padela I. Aasim (2023) Methodological and Discursive Considerations for Islamic Bioethics Research and Writing, TAFHIM: IKIM Journal of Islam and the Contemporary World 16 No. 1 (June 2023): 31–64, DOI: <https://doi.org/10.56389/tafhim.vol16no1.2>, URL: <https://tafhim.ikim.gov.my/index.php/tafhim/article/view/207/152> (accessed January 29, 2024).
5. Philippe Perchoc, (2020) «Increasing Engagement. Religion And The EU's External Policies». European Parliamentary Research Service, European Parliament, URL: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2020/646173/EPRS_IDA\(2020\)646173_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2020/646173/EPRS_IDA(2020)646173_EN.pdf) (accessed January 29, 2024).

БІОЕТИКА У РЕАЛІЯХ ВІЙНИ

*Бойченко Наталія Михайлівна
доктор філософських наук, професор,
професор кафедри фундаментальних дисциплін
та інформатики НУОЗ України імені П.Л. Шупика*

Нині, як ніколи раніше, першочерговим завданням біоетики є переосмислення її парадигмальних засад, при чому не на апріорних засадах, а спираючись на ситуаційний аналіз моральних практик у медицині. Особливо актуальним видається це завдання сьогодні, під час війни в Україні.

Очевидно, біоетикам, етикам, філософам слід пам'ятати дуже важливий момент, пов'язаний з реалізацією моральних теорій в реальному житті, йдеться про суттєві відмінності у визначенні пріоритетів прикладною етикою в ситуаціях окремих пацієнтів, які потребують медичної допомоги, та в ситуаціях, коли допомоги потребують великі верстви населення (катастрофи, війни, пандемії). Вочевидь, за обставин, коли доступ до медичних ресурсів обмежений – як це буває під час бойових дій – слід використовувати чи віддавати перевагу іншим принципам біоетики, ніж за звичайних обставин. Про трансформації етики під час війни, а точніше про етичні теорії, що можуть бути ефективно використані для формулювання моральних суджень, вирішення етичних дилем пише у своїй книзі «Забираючи життя: Три теорії про етику вбивства» Торбйорн Таннсьо [2]. Дослідник пропонує свій підхід у застосовній етиці називаючи його «applied ethics turned upside down», тобто він пропонує рухатися не від етичних теорій, а від конкретного випадку (утруднення чи дилеми). У якості трьох теорій, а точніше дослідницьких програм, що можуть дати відповідь про моральну припустимість вбивства за тих чи інших обставин, автор пропонує залучити деонтологію, етику прав та утилітаризм.

Чому Торбйорн Таннсьо звертається саме до цих теорій чи дослідницьких програм? На його думку, вони є інтуїтивно правдоподібними. У поясненнях, чому вбивати не можна (коли можна, згідно з кожною теорією), ці теорії вказують на факти, які здаються морально релевантними: намір, що стоїть за вчинком, порушення прав, наслідки для жертви і світу в цілому [2, 17].

Під час війни не лише комбатанти можуть потрапити до складних з етичного боку ситуацій (коли виконують накази вбивати, змушені застосовувати процедуру тріажу тощо), це також досить поширене явище для медичного персоналу. З одного боку, медики зобов'язані виконувати накази командира, а з іншого – дотримуватися етичних принципів медичної професії [1, 723]. На війні через брак ресурсів та обмежений доступ до медичної допомоги використовуються принципи медичного сортування. На полі бою саме лікар приймає рішення про пріоритетність надання медичної допомоги, виходячи з тяжкості поранення та ймовірності евакуації, наявності медикаментів та інших обставин. Медичне сортування буквально щоразу ставить питання про життя та смерть.

Біоетичні питання також можуть виникати стосовно комбатантів. В умовах бойових дій особовий склад має обмежений контроль над медичними рішеннями. Можна з впевненістю стверджувати, що за таких умов порушуються, або ж відсуваються на другий план деякі біоетичні принципи [3, 210]: принцип автономії та правило інформованої згоди, через неможливість отримати саме вільне та раціональне рішення щодо власного благополуччя, отримання ж інформованої згоди під час військових дій доволі часто є неможливим або утрудненим; принцип справедливості, оскільки розподіл ресурсів під час війни інакший, ніж за звичайних умов (наприклад, фельдшер не зможе евакуювати пораненого бійця, якщо це загрожуватиме зриву виконання бойового завдання чи може бути ризиковано для інших бійців); лікарі-фельдшери приймають остаточні рішення щодо особливостей та об'єму медичної допомоги, лікування та евакуації. За таких умов медична інформація зазвичай не є конфіденційною, цей принцип порушується; принцип благодіяння може бути порушений, якщо відсутній ресурс для лікування бійця, чи ситуація не дозволяє провести таке лікування; також за військових умов порушується й принцип приватності, оскільки за екстремальних обставин часто неможливо забезпечити індивідуальне обстеження військового, якщо він поранений й потрібно позбутися одягу – фельдшер буде це робити автоматично – не замислюючись про збереження приватності.

Біоетика за умов війни, на мій погляд, набуває все більш застосовного характеру, вона здатна не тільки визначити межі людського життя, окреслювати горизонти прийняттого виживання людей (як виду), а й пропонувати ефективні механізми, інструменти та стандартні операційні процедури для реагування на дилеми, які виникають у кризових ситуаціях. Біоетика має достатнє підґрунтя у вигляді різноманітних етичних теорій: етики чеснот Аристотеля, практичної етики Канта,

утилітаризму, християнської етики, дискурсивної етики тощо. Виходячи з такого теоретичного розмаїття, вона може і має виступати як прикладна етика, застосовуючи релевантні (відповідні конкретній проблемі та ситуації) етичні норми чи положення для вирішення етичних проблем.

Список використаних джерел

1. ten Have, H., Patrão Neves, M. (2021). Military Ethics (See War). In: Dictionary of Global Bioethics. Springer, Cham.
2. Torbjörn Tännsjö, *Taking Life: Three Theories on the Ethics of Killing*, Oxford University Press, 2015, 309p.
3. Бойченко Н. Принципізм в біоетиці: особливості та можливі обмеження // *Filosofiya osvity. Philosophy of Education*. – 2023. – Т. 29. – №. 1. – С. 202-215.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ДОЛІКОВУВАННЯ ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ З НЕСПРИЯТЛИВИМИ НАСЛІДКАМИ ПОПЕРЕДНЬОГО ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Вініченко Максим Вадимович
асистент кафедри пропедевтичної та хірургічної стоматології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Ортодонтія – це наука яка вивчає лікування аномалій та деформацій прикусу дорослих та дітей. Ортодонтичне лікування має свої особливості: ще до початку лікування проводиться складний етап діагностики пацієнта, від якого залежить тактика та успішність лікування. Ортодонтичне лікування не є швидким, воно вимагає час. Лікування може тривати від декількох місяців до декількох років.

У деяких ортодонтичних пацієнтів у зв'язку з повномасштабним вторгненням агресора виникли проблеми з продовженням лікування, через зміну місця проживання або лікаря, або пацієнта. У обох випадках найбільш частим рішенням є пошук нового лікаря. На етапі консультації новий лікар може зіткнутися з несприятливими наслідками. Всі дії лікарів, пов'язані з несприятливими наслідками діляться на три групи: лікарські помилки, нещасні випадки, професійні порушення.

Лікарська помилка - дефект надання медичної допомоги, що пов'язаний з неправильними діями медичного персоналу, який характеризується добросовісною помилкою за відсутності ознак умисного або необережного злочину. З цього визначення випливає, що лікарська помилка виникає при добросовісному відношенні медика до своїх обов'язків.

Нещасний випадок – несприятливий результат лікарського втручання, пов'язаний з випадковими обставинами, які лікар не міг передбачити або запобігти.

Професійні порушення – свідомі дії, спрямовані на завдання шкоди здоров'ю пацієнта.

На етапі планування продовження лікування, при наявності лікарської помилки або нещасного випадку, лікар стикається з дилемою, адже відповідно до принципу поваги автономії пацієнта, що є одним з основних принципів біомедичної етики, пацієнт має право знати правду про своє захворювання. Це підтверджується пунктом 2.13 етичного кодексу України – «Лікар повинен бути чесним з пацієнтами та колегами, принциповим у своїй позиції щодо професійних недоліків інших лікарів, визнавати власні помилки, а також не допускати обману та шахрайства».

Однак з іншого боку пункт 4.3 етичного кодексу лікаря України свідчить – «Лікар не має права публічно ставити під сумнів чи дискредитувати професійну кваліфікацію іншого лікаря. Фахові зауваження на адресу колеги повинні бути аргументованими, необразливими за формою, висловленими в особистій розмові до того як це питання буде обговорюватися медичним співтовариством або етичним комітетом чи комісією».

Існують аргументи на користь віддати перевагу тому щоб пацієнт був ознайомлений з наявністю лікарської помилки, або нещасного випадку:

1. Пацієнт має продовжити лікування. Специфіка ортодонтичного лікування полягає в тому, що якщо навіть пацієнт забажає завершити лікування, все одно для того, щоб зберегти отриманий результат необхідний ретенційний період, який в свою чергу вимагає створення ретенційних апаратів та кооперації пацієнта при їх використанні.

2. Пацієнт має право знати правду про його захворювання та діагностичні і лікувальні процедури. Інформований вибір полягає в тому, що пацієнт повинен отримати чітку, доступну і

повну інформацію від лікаря про стан його здоров'я, можливі методи лікування, ризик та користь кожної альтернативи.

3. Зменшення юридичної відповідальності лікаря. Пацієнт бере участь у прийнятті рішень. Лікар повинен сприяти відкритому діалогу та залученню пацієнта до обговорення можливих варіантів лікування виходячи з наявності ятрогенії.

4. Можливість компенсації травми пацієнта. В деяких випадках неможливо зменшити або уникнути травмування пацієнта без зміни тактики лікування.

5. Лікар відчуває себе більш зручно при прозорості у взаємодії з пацієнтом. Лікар повинен забезпечити відкритий та довірливий зв'язок з пацієнтом, роз'яснюючи кожен етап лікування та відповідаючи на всі питання.

6. Приховування помилки колеги є вид змови.

Серед аргументів проти того, щоб пацієнт був ознайомлений з наявністю лікарської помилки, або нещасного випадку:

1. Обізнаність пацієнта викликає стрес, занепокоєння, спантеличеність, що в умовах сучасності може значно погіршити загальний стан.

2. Пацієнт почуває себе розчарованим та відчуває недовіру у відносинах лікар – пацієнт. Треба уникати ймовірностей, передбачень та припущень, оскільки пацієнт завжди думає по найгіршому сценарію.

3. Знижує потік пацієнтів через сумніви у клінічних вміннях лікаря.

4. Можливі скарги від пацієнта.

За можливості, основувшись на обов'язку саморегуляції другий лікар має поговорити з першим лікарем, щоб розкрити причину лікарської помилки або нещасного випадку з метою компенсувати шкоду в майбутньому. Однак слід розуміти, що зменшити кількість лікарських помилок можливо не тільки за рахунок підвищення якості підготовки лікарів у ВНЗ, але й внаслідок цілеспрямованої самостійної роботи кожного лікаря над підвищенням своїх професійних практичних і теоретичних знань.

Список використаних джерел

1. Утюж І.Г., Мегрелішвілі М.О. Етичні проблеми в медицині: навч. посібн. ЗДМФУ Запоріжжя 2021.

2. Khorshidian A, Parsapoor A, Shamsi Gooshki E. Conflicts and Challenges of Truth-Telling in Dentistry: A Case-Based Ethical Analysis. *Front Dent.* 2022;19:1.

3. Antonella Surbone, Michael Rowe, Reflections of a colleague and patient on truth telling, medical errors, and compassion, *Surgical Oncology*, Volume 19, Issue 4, 2010.

ЕТИКО-ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ РЕГЕНЕРАТИВНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Волчихіна Крістіна Петрівна

асистент кафедри стоматології післядипломної освіти ННПО ЗДМФУ

Спиця Наталя Валеріївна

к. філос. н., доцент, доцент кафедри суспільних дисциплін ЗДМФУ

Анотація. У зв'язку із активним розвитком регенеративної стоматології в останні роки виникає низка проблем щодо етико-правового супроводу досліджень у сфері регенеративної медицини та тканинної інженерії. Особливої уваги заслуговують біоетичні та правові питання з використання стовбурових клітин, адже у світі навіть на даний момент відсутня однозначність щодо деяких нюансів біоетики використання стовбурових клітин. Крім того, з нарощенням потенціалу досліджень виникає необхідність підготовки висококваліфікованих кадрів в області регенеративної медицини, що не може відбуватись без залучення біоетичної складової освіти. Стаття акцентує увагу на необхідності подальшого опрацювання нормативного та біоетичного супроводу клінічних досліджень в українській медицині.

Ключові слова: регенеративна стоматологія, біоетика, тканинна інженерія, стовбурові клітини, нормативна база.

Abstract. In connection with the active development of regenerative dentistry in recent years, a number of problems arise regarding the ethical and legal support of research in the field of regenerative medicine and tissue engineering. Bioethical and legal issues related to the use of stem cells deserve special attention, because even at the moment there is no ambiguity in the world regarding some nuances of the bioethics of the use of stem cells. In addition, with the growth of research potential, there is a need to train

highly qualified personnel in the field of regenerative medicine, which cannot happen without the involvement of the bioethical component of education. The article emphasizes the need for further development of normative and bioethical support of clinical research in Ukrainian medicine.

Key words: regenerative dentistry, bioethics, tissue engineering, stem cells, regulatory framework.

На даний момент в Україні стрімко зростає кількість людей, що мають проблеми в щелепно-лицевій ділянці. Нажаль, тканини черепно-щелепно-лицевої ділянки мають обмежену здатність до регенерації та відновлення. Сфери регенеративної медицини та тканинної інженерії можуть допомогти у вирішенні багатьох проблем завдяки останнім досягненням.

Розвиток регенерації та тканинної інженерії прогнозується вздовж 3 ключових компонентів: стовбурових клітин, біоактивних молекул і біоматеріалів, які діють як каркаси для стимулювання росту та диференціювання клітин[1]. Було розроблено численні інтервенційні підходи для підвищення ефективності та застосовності цих стратегій, головним чином безклітинних і клітинних підходів. Безклітинні підходи спрямовані на залучення резидентних клітин, у тому числі стовбурових, за допомогою біоактивних молекул, вбудованих у біоматеріали або каркаси, для посилення процесу регенерації. Це явище також називають клітинним самонаведенням[2]. Клітинний підхід, з іншого боку, передбачає введення екзогенно культивованих аутологічних або алогенних стовбурових клітин в уражену тканину для забезпечення регенерації[3]. Завдяки цьому змінюється бачення та підхід до вирішення сталих проблем стоматології, а саме: лікування ускладнень карієсу може бути реалізовано за допомогою концепції регенеративної ендодонтії (регенерація дентино-пульпового комплексу), лікування пародонтиту - методом керованої регенерації тканин, патологія СНЩС пов'язана з артритом- внутрішньосуглобові ін'єкції з використанням мезенхімальних стовбурових клітин кісткового мозку, тяжкі краніофасціальні травми- надруковані на 3Д принтері блоки для трансплантації із вбудованими факторами росту, ушкодження нервової тканини- тривимірні друківані канали та введення в них клітин Шванна або стовбурових клітин, патологія слинних залоз при хворобі Шегрена- введення мезенхімальних стовбурових клітин[4]. Однак, більшість подібних досліджень зупинилися на стадії досліджень на тваринах і не перейшли до клінічних випробувань через численні дискусійні питання безпеки та етики.

Основні етичні проблеми регенеративної медицини, пов'язані з використанням стовбурових клітин, це: 1) використання ембріональних клітин для лабораторних досліджень. Ембріони мають моральний статус, який є критичним, але не повністю проблематичним. Думки різняться з приводу, чи є ембріон людиною у перші дні свого існування і чи етично руйнувати його з науковою метою. У різних країнах діють різні правила щодо використання ембріонів. У США можна працювати із зародковими клітинними лініями, що були отримані до 2001 року. Велика Британія дозволяє залишкові ембріони після екстракорпорального запліднення (ЕКО), а в Італії подібні дослідження заборонені взагалі; 2) проблема безпеки та наслідків лікування стовбуровими клітинами. Деякі методи все ще не є підтверджено безпечними та ефективними. В таких випадках дуже важливо проводити інформовану згоду донора/пацієнта та повідомляти учасників, що процедура є клінічним випробуванням, має певні ризики та не може гарантувати результат [5].

Загалом, усі основні етичні теорії намагаються пояснити де саме знаходяться межі допустимих ризиків в клінічних дослідженнях (Oberdiek 2017). Ці безперервні філософські дебати про ризик впливають на стандартну політику громадської охорони здоров'я, таку як питання про дослідження, які наражають учасників і спільноту на ризики, і на нормативні дебати щодо етики. У сфері дослідницької етики науковці, клініцисти та члени Інституційних наглядових рад часто неявно використовують моралізовані поняття, такі як "гідність" і "примус", які є суперечливими. Біоетики часто закликають до суворих обмежень на потенційно корисні напрямки досліджень, апелюючи до аналізованих понять «примусу» і «людської гідності», концепцій, які залишаються сферами активного дослідження у філософії (Pallikkathayil 2011; Savulescu 2015). Сам факт того, що щось є незаконним чи законним, не робить його аморальним чи моральним. У минулому фахівці широко сприймали такі політики, як недобровільне лікування чи євгенічну стерилізацію як етичні. Те, що вони вважалися етичними в той час, не означає, що вони були етичними (Sugarman and Sulmasy 2010) [6]. Відповідальне проведення, справедливість досліджень, а також процес їх маркетингу є важливими. Для мінімізації етичних проблем, дистресу, болю і страждань, різні керівництва з етичної поведінки були розроблені професійними групами [5].

Кадрові проблеми розвитку регенеративної медицини. Працівники галузі регенеративної медицини та передових методів лікування, як правило, відображають загальну картину працівників медико-біологічних наук. Вони працюють у різних сферах: досліджень і розробок, біотехнологій,

клінічної медицини та регуляторних питань. Нижче приведені дані досліджень Офісу підзвітності уряду США від березня 2023р. щодо прикладів професій у сфері регенеративної медицини та передової терапії: 1) у дослідженнях та розробках: вчені-транслятори (використовують відкриття, зроблені в лабораторії, клініці чи у галузі, і перетворюють їх на нові методи лікування та підходи, які допомагають покращити здоров'я населення), науковці з обчислювальної біології, біохіміки та інженери-технологи; 2) біовиробництво: співробітники або фахівці з біовиробництва (біовиробнича діяльність включає виробництво терапії з використанням живих клітин), співробітники або фахівці з контролю/забезпечення якості, науковці з галузевого застосування; 3) клінічна діяльність: медичні технологи, допоміжний персонал (флеботомісти, соціальні працівники), клінічний персонал(онкологи, імунологи, гематологи, медсестри); 4) регуляторні органи: головні наукові співробітники, консультанти з регуляторних питань, клінічні фармакологи.

Особи, які працюють з регенеративною медициною та передовими методами лікування, потребуватимуть вищої освіти, що відповідає їхній сфері роботи. Наприклад, дослідникам зазвичай потрібні наукові та інженерні ступені, а клінічним професіям – клінічні та професійні ступені. Крім того, багато професій, ймовірно, потребуватимуть додаткової спеціалізованої підготовки, наприклад навчання лабораторним методам або медичних стипендій на теми та практики, характерні для галузі [7].

Все вищеперераховане має відгук і в українській регенеративній медицині. Розвиток та фінансування усіх цих сфер та напрямів, а також вибору кадрів є необхідним фундаментом регенеративної діяльності.

Україна у довоєнний час широко розвивала напрям регенеративної медицини та шукала міжнародних партнерів для співпраці. 3 грудня 2019 року до Тернопільського національного медичного університету імені І.Горбачеського на відкриття китайсько-українського центру з дослідницьких проектів з регенеративної медицини та стовбурових клітин прибули заступники генерального директора міжнародних навчальних центрів «Один пояс – один шлях», директор з маркетингу українського центру стовбурових клітин у Китаї, керівник юридичної фірми «Rongding», директор центру культурного обміну «Шовковий шлях», заступник директора з маркетингу українського центру стовбурових клітин у Китаї.

Навіть зараз, в період війни, Україна має чіткий напрям розвитку щодо клінічних досліджень. 29 червня 2023 року у Києві відбувся Фармацевтичний форум «Клінічні випробування в Україні. Європейська інтеграція».

Нормативно-правові аспекти регенеративної медицини. Правова оцінка процедури проведення клінічних досліджень повинна ґрунтуватись із врахуванням дотримання прав людини та пацієнта. В національному законодавстві такі норми першочергово затверджуються статтею 28 Конституції України: Кожен має право на повагу до його гідності.

Ніхто не може бути підданий катуванню, жорстокому, нелюдському або такому, що принижує його гідність, поводженню чи покаранню. Жодна людина без її вільної згоди не може бути піддана медичним, науковим чи іншим дослідженням. Основний закон держави забезпечує право пацієнта на надання інформованої згоди[8].

Державну реєстрацію клітинно-тканинних технологій Україна затвердила першою з країн СНД. Було прийнято ряд законів про забір, зберігання і використання стовбурових клітин:

1) наказ міністерства охорони здоров'я України №481 від 10.07.2014 р. «Про затвердження Порядку забору та тимчасового зберігання пуповинної (плацентарної) крові та/або плаценти» [9];

- постанова КМУ «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я», від 2 березня 2016 №286; [10]

- наказ №276 від 20.04.2012 року "Про затвердження Переліку тканин і клітин людини, з якими дозволена діяльність банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини"[11];

- постанова КМУ від 25 березня 2020 р. № 257 «Про затвердження Порядку отримання та надання гемопоетичних стовбурових клітин та обміну інформацією щодо наявних анатомічних матеріалів людини, призначених для трансплантації» (Із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 97 від 04.02.2023) [12].

В Україні створюють Державну інформаційну систему трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин. До її складу входить реєстр потенційних донорів гемопоетичних стовбурових клітин. Також визначено порядок і умови наповнення реєстру, його функціонування, доступ до інформації та даних. Виконання зазначеного заходу передбачено Державною антикорупційною програмою на 2023-2025 роки.

Питання трансплантації анатомічних матеріалів регламентуються: Постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2018 р. N 1211; «Деякі питання реалізації Закону України "Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині"» Із змінами і доповненнями, внесеними постановою Кабінету Міністрів України від 12 травня 2021 року N 457 [13].

Питання клінічних досліджень регламентується:

- затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від від 23.09.2009 р. № 690, (Із змінами, внесеними згідно з Наказами Міністерства охорони здоров'я № 523 від 12.07.2012; № 304 від 06.05.2014; № 966 від 18.12.2014; № 639 від 01.10.2015; № 2609 від 25.11.2021; № 538 від 28.03.2022; № 190 від 31.01.2023; № 1034 від 07.06.2023; № 1745 від 06.10.2023}) «Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типового положення про комісію з питань етики». Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 20 липня 2012 р. за № 1236/21548 «Типове положення про комісії з питань етики при лікувально-профілактичних закладах, у яких проводять клінічні випробування» [14].

- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10 жовтня 2007 року N 630. Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 25 жовтня 2007 р. за N 1206/14473. «Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань тканинних і клітинних трансплантатів та експертизи матеріалів клінічних випробувань й унесення змін до Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань» затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13.02.2006 N 66, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 10.03.2006 за N 252/12126. [15]

Проаналізувавши нормативну базу щодо піднятих питань, виявлено, що не має чіткої регламентації аспектів діяльності регенеративної стоматології в Україні. Тому, напрацювання в цій сфері мають бути більш детально розглянуті через свої широкі перспективи.

Враховуючи ті потенційні досягнення та результати, які можуть бути отримані при подальшому розвитку даного напрямлення, питання переходу до клінічних досліджень регенеративної стоматології- це питання недалекого майбутнього. Але в такому випадку, найбільший стрибок прогресу та найбільш ранні наслідки та ускладнення, отримає та країна чи спільнота, яка візьме на себе відповідальність за подібне рішення. Адже кінцевими результатами подібних досліджень може бути не тільки покращення якості життя, а також подовження терміну життя людини, подовження періоду молодості. Це всі ті цілі, які переслідує майже кожна людина на планеті тими чи іншими способами. Так, якщо в кінцевому положенні всі ми хочемо та прагнемо одного й того ж самого, а шлях досягнення мети пролягає через дослідження на людях, тоді необхідним є отримати згоду суспільства та прокласти шлях з мінімальними наслідками для тих, хто стане першопроходцями.

В іншому випадку, більшість цих досліджень будуть проводитись «всліпу», а результати будуть використані лише для «вузького кола». Тому, вітчизняна наука має продовжувати свій невпинний хід вперед, підкріплюючи себе максимально продуманими та вивіреними експериментами, які, безумовно, мають свій відсоток ризику.

Список використаних джерел

1. C.L. Granz, A. Gorji, C.L. Granz, *et al.* Dental stem cells: The role of biomaterials and scaffolds in developing novel therapeutic strategies. *World J Stem Cells*, 12 (2020), pp. 897-922
2. E. Tirez, MS. Pedano. Regeneration of the pulp tissue: cell homing versus cell transplantation approach: a systematic review. *Materials (Basel)*, 15 (23) (2022), p. 8603
3. AEH El-Kadiry, M Rafei, R. Shammaa. Cell therapy: types, regulation, and clinical benefits. *Front Med (Lausanne)*, 8 (2021), pp. 1-24
4. D.S. Thalakiriyawa, W. L. Dissanayaka. Advances in Regenerative Dentistry Approaches: An Update. *International Dental Journal*. Volume 74, Issue 1 February 2024, Pages 25-34. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2023.07.008>
5. Simran Panigrahy, Neha Sinha, Sharvil Patil, T. Sai Chaitanya, Udaya Kesigan J, G.D. Tandon. Bioethical Issues in Stem Cell Research. *Global Bioethics Enquiry* 2019; 8(1).
6. The Place of Philosophy in Bioethics Today. Jennifer Blumenthal-Barby, Sean Aas, Dan Brudney, Jessica Flanigan, S. Matthew Liao, Alex London. *The American Journal of Bioethics*. Volume 22, 2022 - Issue 12. Published online: 30 Jun 2021 <https://doi.org/10.1080/15265161.2021.1940355>
7. Regenerative Medicine and Advanced Therapies: Information on Workforce and Education. GAO-23-106030. United States Government Accountability Office. Report to Congressional Committees. Published: Mar 23, 2023. Publicly Released: Mar 23, 2023.)
8. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>

9. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0869-14#Text>
10. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/286-2016-%D0%BF#Text>
11. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1124-12#Text>
12. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/257-2020-%D0%BF#Text>
13. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1211-2018-%D0%BF#Text>
14. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1010-09#Text>
15. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1206-07#Text>

ЕТИЧНІ ТА ПРАВОВІ ОСНОВИ ВИКОНАННЯ БІОМЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. МОРАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ПРОВЕДЕННЯ ЕКСПЕРИМЕНТІВ НА ТВАРИНАХ

*Ганчева Ольга Вікторівна,
завідувачка кафедри патологічної фізіології з курсом нормальної фізіології, професор,
Ісаченко Марія Ігорівна,
доцент кафедри патологічної фізіології з курсом нормальної фізіології,
Данукало Максим Вікторович,
доцент кафедри патологічної фізіології з курсом нормальної фізіології,
Тимофіїв Дмитро Вікторович,
асистент кафедри патологічної фізіології з курсом нормальної фізіології,
Крашевський Артем Володимирович,
асистент кафедри патологічної фізіології з курсом нормальної фізіології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Тварини використовувалися в дослідженнях протягом тисячолітньої історії людства. Докази свідчать, що навіть у стародавній Греції Аристотель використовував тварин, головним чином для того, щоб покращити розуміння життя людини [4, с. 590]. Але лише протягом XVIII - XIX століть розробка тваринних моделей розширилася, коли багато видатних вчених, таких як Лавуазьє та Пастер, проводили експерименти на тваринах для вивчення походження життя. Крім вивчення основних патогенетичних особливостей багатьох захворювань, тварини можуть також використовуватися для дослідження і кращого розуміння анатомії, фізіології, патоморфології та фармакології. Можливість експериментального моделювання в контрольованому середовищі й імітація біологічних умов захворювань людини дала потужний поштовх розвитку наукових методів дослідження на різних структурних рівнях організації життя і створення концепції біологічних моделей тварин.

Моделі на тваринах сприяли найважливішим досягненням і поширенню знань у багатьох біологічних галузях. Від класичного дослідження Клода Бернара, що описує роль підшлункової залози в травленні, і розробки пероральної живої вакцини проти поліомієліту Альбертом Сабіном, до залучення тварин у дослідження щодо розуміння патогенності вірусів Зіка, Хантавірусу, ВІЛ тощо в наш час, тварини значно сприяли поглибленню наукових знань, розробці нових ліків і вакцин, а також нових хірургічних методів і протоколів анестезії, а отже, покращенню якості життя. Хоча існує певне занепокоєння щодо екстраполяції клінічної значущості даних, отриманих в експериментальних роботах з тваринами, прогрес, досягнутий завдяки використанню тваринних моделей, безсумнівний, і майже 90% досліджень, автори яких отримали Нобелівську премію з фізіології та медицини, використовували саме таке експериментальне моделювання в своїх відкриттях [2, с. 474].

Щоб використовувати як модель, види тварин повинні відповідати певним критеріям відповідно до кінцевої мети дослідження. Багато видів використовуються в біомедичних дослідженнях, наприклад комахи (*Drosophila*), нематоди (*Caenorhabditis elegans*), риби (*Danio rerio*), жаби (*Xenopus*), ссавці, такі як миші, щури, собаки, коти, свині та мавпи, через їхню філогенетичну близькість до людини. Іноді модель потребує модифікацій, щоб відповідати певним характеристикам, а цікавим прикладом є розробка Вів'єном Томасом і Альфредом Блейлоком моделі, яка імітувала вроджену ваду серця, тетраду Фалло, у собаки [5, с.107]. Ця модель дозволила розробити хірургічний метод лікування, який наразі рятує життя понад півмільйона дітей на рік. Сьогодні, з прогресом генетичних і геномних інструментів, методи генної інженерії можуть бути легко застосовані для розробки нокаутних або трансгенних тварин, які використовуються в дослідженнях. Важливо також підкреслити, що стан здоров'я і якість умов утримання тварин, які використовуються як модель, є фундаментальними в інтересах дослідників для отримання надійних результатів.

Наведеними прикладами не вичерпується комплексність підходів до проведення досліджень на тваринах. Варто зазначити, що поза достатнім технічним забезпеченням, експерименти на тваринах вимагають, щоб етичні проблеми говорили голосніше, ніж наукові інтереси. Дослідники також повинні усвідомлювати важливість роботи, що проводиться, і враховувати всі передумови, які виправдовують кожен конкретний проект на основі докладної наукової бази.

Експерименти на тваринах здавна і донині є гарячою темою багатьох суперечок і дискусій, більшість з яких зосереджується на етичних міркуваннях. Британський парламент був піонером у прийнятті законів щодо використання тварин у дослідженнях, коли в 1876 році запровадив Закон про недопущення жорстокого поводження з тваринами, який змінив попередній Закон 1849 року та підкреслив три основні пункти: 1. Експерименти на тваринах слід проводити лише тоді, коли є абсолютна потреба в знаннях, які будуть корисними для порятунку чи продовження життя або полегшення страждань; 2. Тварини потрібно наркотизувати; 3. Тварини треба утилізувати відразу після експериментальної процедури, якщо вони будуть поранені або відчуватимуть біль через експеримент [3, с. 50]. Через 110 років, в травні 1986 р, Британський Парламент затвердив «Акт про наукові процедури на тваринах», який регламентував статті про умови утримання тварин із забороною використання бродячих тварин, схеми постачання тваринами дослідних установ, потребу індивідуальної реєстраційної карти для великих тварин (собаки, коти, мавпи), раціональний вибір знеболюючих засобів, ліцензійну систему права роботи з тваринами [6, с. 110]. 24 квітня відзначається Всесвітній день лабораторних тварин, заснований активістами Міжнародної асоціації проти хворобливих експериментів на тваринах (IAAPEA) і підтриманий ООН, на честь солдатів наукового фронту, без яких останні кілька століть немислима жодна серйозна біомедична лабораторія.

Не дивно, що принцип 3R також виник у Великобританії, який був представлений звітом про етичні аспекти в лабораторних методах, підготовленим у вигляді книги Расселом і Берчем у 1959 році. Кожне R означає принцип етичного використання тварин в експериментах: зменшення (Reduction) - це застосування методів, які дозволяють використовувати меншу кількість тварин, наприклад, ретельно планувати експерименти, очікуючи, що результати матимуть статистичну значущість; вдосконалення методів експериментування (Refinement) – для зменшення (в межі виключення) негативних (больових, що викликають дискомфорт і стрес) впливів на тварину; заміщення (Replacement) тварин в дослідженнях на альтернативні моделі [1, с. 9].

Альтернативні методи експериментування можуть покращити та впотужнити значущість наукових знань, одночасно реалізувати один із принципів 3R (заміна). Таким чином, окреслюються конкретні переваги альтернативних методів без використання тварин: 1. Моделями можна скористатися кілька разів кількома дослідниками, незалежно від часу та місця дослідження; 2. Перспектива оцінки і аналізу до досягнення кінцевої мети дослідження; 3. Потенціальна користь і вигода запровадження сучасних відео та комп'ютерних методів, таких як 3D-технологія, для демонстрації фізіологічних і патологічних явищ, які неможливо візуалізувати на моделях тварин (наприклад, анімація функцій клітин і органів); 4. Ймовірно висока вартість впровадження альтернативних методів спочатку в перспективі може знизити витрати на придбання, транспортування та утримання тварин [1, с. 10].

Отже, актуальність залучення тварин для розвитку медицини і вдосконалення методів покращення здоров'я людей незаперечна. Проте використання тварин в експериментах, звичайно, має бути виправданим перевагами, які дослідження на тваринах надають людству, і ґрунтуватися, передусім, на етичних і відповідальних принципах, а також бути інструментом демонстрації науковому співтовариству та широкій громадськості наукового прогресу, якого було досягнуто в пошуку довершеності у використанні тварин для дослідницької та навчальної діяльності, трансляційних досліджень для забезпечення кращих методів діагностики, профілактики та лікування.

Список використаних джерел

1. Andersen M. L., Winter L. M. F. Animal models in biological and biomedical research - experimental and ethical concerns. *Anais da Academia Brasileira de Ciencias*. 2019. Vol. 91. suppl 1. e20170238. <https://doi.org/10.1590/0001-3765201720170238n>
2. Bahadoran Z., Mirmiran P., Kashfi K., Ghasemi A. Importance of Systematic Reviews and Meta-analyses of Animal Studies: Challenges for Animal-to-Human Translation. *Journal of the American Association for Laboratory Animal Science : JAALAS*. 2020. Vol. 59. Iss. 5. P. 469–477. <https://doi.org/10.30802/AALAS-JAALAS-19-000139>

3. Holmes T., Friese C. Making the anaesthetised animal into a boundary object: an analysis of the 1875 Royal Commission on Vivisection. *History and philosophy of the life sciences*. 2020. Vol. 42. Iss. 4. P. 50. <https://doi.org/10.1007/s40656-020-00344-9>
4. Sharpley C. F., Koehn C. Frequency and Content of the Last Fifty Years of Papers on Aristotle's Writings on Biological Phenomena. *Journal of the history of biology*. 2022. Vol. 55. Iss. 3. P. 585–607. <https://doi.org/10.1007/s10739-022-09683-8>
5. Soyly E., Athanasiou T., Jarral, O. A. Vivien Theodore Thomas (1910-1985): An African-American laboratory technician who went on to become an innovator in cardiac surgery. *Journal of medical biography*. 2017. Vol. 25. Iss. 2. P. 106–113. <https://doi.org/10.1177/0967772015601566>
6. Thomas D. Improving the Law for Animals: a Campaigning Lawyer's Perspective. *The Liverpool law review*. 2022. Vol. 43. Iss. 1. P. 107–121. <https://doi.org/10.1007/s10991-022-09293-8>

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ БІОЕТИКИ

Губарь Андрій Олександрович
к.мед.н., доцент кафедри урології,

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Анотація. Історія лікарської етики налічує понад три тисячоліття. Предметом конфіденційності є діагноз захворювання, дані про стан здоров'я, прогноз та всі ті відомості, які лікар отримує в результаті обстеження або при вислуховуванні скарг пацієнта. Конфіденційною має бути і немедична інформація про пацієнта або його близьких, яка стала відомою лікарю у процесі виконання ним службових обов'язків.

Abstract. The history of medical ethics dates back more than three millennia. The subject of confidentiality is the diagnosis of the disease, data on the state of health, prognosis and all the information that the doctor receives as a result of the examination or when listening to the patient's complaints. Non-medical information about the patient or his relatives, which became known to the doctor in the course of performing his official duties, should also be confidential.

У Стародавній Індії лікарі давали клятву ще у 1500 р. до н.е. Для європейської медицини велике значення має етика давньогрецького лікаря Гіппократа (V-IV ст. до н.е.). Етика Гіппократа – це насамперед етика гуманності, людинолюбства, милосердя. В її основі полягає ідея абсолютної поваги до хворого, обов'язковість вимоги до будь-якого лікування яке б приносило йому користь і не завдавало шкоди. Гіппократ був лише кількома роками молодший за Сократа, який вчив, що головне завдання філософії за своєю суттю етичне – обґрунтувати, як слід людині жити. «Гіппократ виявився не випадковим сучасником найбільших давньогрецьких філософів - Сократа, Платона і Аристотеля, - він навіть не просто їх сучасник по духу, він - їх конгеніальний сучасник». Принцип гуманності, поваги до людської гідності пацієнта конкретизується у багатьох настановах «Корпуса Гіппократа», зокрема, що стосуються сімейного життя хворого. Автор особливо підкреслює етичну заборону інтимних зв'язків лікаря та хворого.

Найвідомішою заповіддю етики Гіппократа є його заборона розголошувати лікарську таємницю. Зберігати лікарську таємницю – значить не зашкодити душевному спокою хворого, не завдати шкоди його честі та гідності. Сімейний бік життя пацієнта перебуває під особливим заступництвом інституту лікарської таємниці. Розголошення лікарської таємниці – це суто моральне зло. А оскільки заповідь про збереження лікарської таємниці міститься в клятві Гіппократа, лікар, що її порушив, стає клятвозлочинцем.

Жодне з положень етики Гіппократа не викликає сьогодні більшого інтересу, ніж принцип поваги до людського життя. У лексиці Гіппократа не зустрічається термін «евтаназія», але клятва Гіппократа однозначно не допускає морального вибору лікаря щодо вмираючого хворого, який у сучасній літературі з медичної етики називається «активна евтаназія». Також забороняється лікарю тактика асистування при самогубстві. Якщо правило правдивості забезпечує відкритість партнерів із соціальної взаємодії – лікарів та пацієнтів, то правило конфіденційності покликане захистити цей осередок суспільства від несанкціонованого безпосередніми учасниками вторгнення ззовні. Та інформація про пацієнта, яку він передає лікареві або сам лікар отримує в результаті обстеження, не може бути передана третім особам без дозволу цього пацієнта.

Одна з найбільш гострих колізій виникає тоді, коли медична інформація про пацієнта стосується життєво важливих інтересів третіх осіб – родичів або тих, з ким пацієнт перебуває в контакті внаслідок виконання своїх професійних чи інших обов'язків. Зовсім не завжди пацієнт має намір поділитися інформацією із зазначеними особами, хоча останнє може вберегти їх від загрози. Професійний обов'язок лікаря полягає в тому, що він зобов'язаний зробити все, що від нього залежить для попередження відомої йому загрози здоров'ю інших людей.

Водночас правило конфіденційності зобов'язує його керуватися інтересами конкретного пацієнта та не передавати інформацію без його згоди. Виникає конфлікт цінностей, який не може бути дозволено чисто механічним шляхом. Серйозні проблеми у практичній реалізації правила конфіденційності створює стійка традиція вітчизняних лікарів не поширювати заборону розголошення конфіденційної інформації на членів сім'ї хворого [1, с.168]. Більше того, у разі діагнозу злоякісного онкологічного захворювання або несприятливого для життя прогнозу саме члени сім'ї зазвичай отримують достовірну інформацію, яка при цьому ховається від пацієнта.

Обговорення медичної інформації з членами сім'ї за спиною пацієнта слід вважати порушенням правила конфіденційності. Лікар повинен поважати специфіку моральної свідомості представників різних етнічних груп населення та застосовувати правило конфіденційності вже не щодо окремого пацієнта, а щодо сім'ї чи роду, роблячи все необхідне для того, щоб медична інформація, що стосується членів цієї сім'ї чи цього роду, не стала надбанням сторонніх. Правило поінформованої згоди покликане забезпечити шанобливе ставлення до пацієнтів або випробуваних у біомедичних експериментах як особистостей, а також мінімізувати загрозу їхньому здоров'ю, соціально-психологічному благополуччю чи моральним цінностям унаслідок несумлінних дій фахівців. Згідно з цим правилом, будь-яке медичне втручання повинно в якості обов'язкової умови включати спеціальну процедуру отримання добровільної згоди пацієнта або випробуваного на основі адекватного інформування про цілі передбачуваного втручання, його тривалість, очікувані позитивні наслідки, можливі неприємні відчуття, ризик для життя, фізичне або соціопсихологічне благополуччя. Необхідно також інформувати пацієнта про наявність альтернативних методів лікування та їхню порівняльну ефективність [2, с.84]. Процедура отримання поінформованої згоди покликана реалізувати зміст моральної ідеї, згідно з якою пацієнт або випробуваний визнається як особа, яка має право брати участь спільно з медичними працівниками у прийнятті рішень щодо питань свого лікування.

Рішення пацієнта вважається добровільним, якщо його прийнятті на пацієнта не виявлялося примусового впливу ззовні.

Найпоширеніша загроза, яка нерідко діє на пацієнтів, – це ймовірність відмови медиків від лікування або відмова від безкоштовного надання допомоги. Тому при отриманні поінформованої згоди необхідно спеціально звернути увагу пацієнта на те, що його відмова анітрохи не зменшує його прав та доступності альтернативних методів медичного втручання [3, с.91]. Правило поінформованої згоди можна розуміти як норму діалогічного спілкування лікаря та пацієнта з метою узгодження оптимального як з позиції лікаря, так і з позиції самого пацієнта вибору методу медичного втручання. Лікар і пацієнт тим самим стають рівноправними партнерами в рамках соціального інституту охорони здоров'я. При цьому правило поінформованої згоди стає не самоціллю, а лише засобом забезпечення партнерського діалогу зацікавлених сторін.

Список використаних джерел

1. BOYD A.L. Genetics and social justice // *Eubios: J. of Asian a. intern. bioethics.* – Christchurch, 2002. – Vol.12. – P. 167–171 (<http://www.biol.tsukuba.ac.jp>).
2. MACER D.R.J., MASARU MORITA. Nature, life and water ethics // *Eubios: J. of Asian a. intern. bioethics.* – Christchurch, 2002. – Vol.12. – P. 82–88 (<http://www.biol.tsukuba.ac.jp>).
3. KRIARY–CATRANIS I. The convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on human rights and biomedicine // *Eubios: J. of Asian a. intern. bioethics.* – Christchurch, 2002. – Vol. 12. – P. 90–93 (<http://www.biol.tsukuba.ac.jp>).

ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА В ПЕДІАТРІЇ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

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

Паліативна допомога є комплексом професійної медичної та психологічної допомоги, соціальної підтримки та духовного супроводу пацієнтів, які страждають на важкі невиліковні хвороби і мають обмежений прогноз тривалості життя [2, с. 10]. Серед дитячого населення це, насамперед, пацієнти з вродженою та спадковою патологією нервової системи (аміотрофії), вродженими вадами розвитку, перш за все головного мозку, а також серцево-судинної, бронхолегеневої та сечовивідної систем, дитячим церебральним паралічем, наслідками інфекційних захворювань (менінгоенцефаліти) та хірургічної патології (синдром короткої кишки, атрезія жовчовивідних шляхів), включаючи інкурабельні онкологічні захворювання [1, с. 111].

Під час надання паліативної допомоги лікар зустрічається з цілою низкою проблем етичного характеру. Особливо це стосується лікарів-педіатрів та дитячих анестезіологів. Так, у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії дитячої лікарні м. Запоріжжя більше двох років знаходиться дитина Н., 13 років. Спочатку дитина надійшла з діагнозом «Позашпитальна пневмонія» на фоні тяжкої вади розвитку ЦНС – мікроцефалії з ускладненнями у вигляді тяжкої розумової недостатності, спастичного тетрапарезу та судомного синдрому, контрактур усіх кінцівок, деформації грудної клітини та кахексії. Розвиток прогресуючої важкої дихальної недостатності зумовив необхідність переведення дитини на штучну вентиляцію легень (ШВЛ). Але навіть після розрешення пневмонії в результаті м'язової слабкості на фоні вираженої деформації грудної клітини та хронічної білково-енергетичної недостатності відновлення самостійного дихання без апарату ШВЛ виявилось неможливим, не дивлячись на неодноразові спроби.

З того часу дитина знаходиться у відділенні, отримує постійну ШВЛ через трахеостомічну канюлю. Дитині проводиться протисудомна терапія, клінічне харчування, знеболення за показаннями, при приєднанні вторинної інфекції – антибактеріальна терапія. Дитина потребує постійної боротьби з пролежнями, у тому числі важкого ступеню, включаючи вакуум-терапію та інші хірургічні заходи.

Роблячи все можливе для полегшення страждань невиліковно хворої дитини, ми також усвідомлюємо, що сприяємо подовженню цих страждань на невідомий термін. Але евтаназія, як активна, так і пасивна, в нашій країні заборонена; до того ж кожна людина, яка критикує практику надання адекватної допомоги паліативним хворим, особливо дитячого віку, повинна сама собі чесно відповісти на питання: «А чи зміг би я своїми руками виключити апаратуру життєзабезпечення?»

Список використаних джерел

1. Городкова Ю.В. Сучасні особливості надання паліативної допомоги в педіатрії / Ю. В. Городкова, М. Ю. Курочкін // Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині): матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф., [Запоріжжя], 18-19 лютого 2021 р. – С. 111-113.
2. Паліативна та хоспісна допомога : підручник / Ю.В. Вороненко [та ін.]. – Вінниця : Нова книга, 2017. – 385 с.

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ТАРГЕТУВАННЯ ПРОЦЕСІВ ГЕТЕРОХРОНІЇ У ФОРМУВАННІ ТА МАНІФІСТАЦІЇ ВРОДЖЕНИХ ВАД У ДІТЕЙ

*Дмитряков Валерій Олександрович,
професор кафедри дитячих хвороб,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Перетворення одних компонентів організму зрушено за часом щодо перетворення інших, що зумовлює ступінь зрілості, а відтак і специфіку функціонування організму дитини на різних етапах розвитку.

П.К.Анохін

Особливості життєдіяльності дитини на різних етапах розвитку залежить, перш за все, від ступеня зрілості та функціональної готовності її органів та систем.

Оцінка катамнестичних та клінічних даних з їх зіставленням з патоморфологічними змінами в органах дають підставу вважати останні наслідком впливу шкідливого фактора на незрілі тканини.

Дитячий вік характеризується не лише високими пластичними властивостями та репаративними здібностями, а й надзвичайною ранимістю, чутливістю до пошкоджень та функціональних порушень, здатним давати тяжкі морфологічні реакції не тільки безпосередньо після травми, а й у віддалені періоди життя, коли дозрівання тканин органів вже завершено. Саме тому у дітей можуть спостерігатися такі тканинні реакції, які не властиві дорослій людині. З цього стає очевидним необхідність охоронних заходів, що запобігають травмуванню незрілих тканин.

Відомо, що в ранньому онтогенезі окремі елементи органу дозрівають поступово та нерівномірно за «принципом фрагментації». Це зумовлено включенням до складу функціональних систем дитини не лише органу, а лише тих його тканин, у яких вже є достатня функціональна зрілість на даний тимчасовий етап розвитку дитини, і які, поєднуючись з найбільш ранніми дозріваючими елементами іншого органу, створюють єдину функціональну систему.

Повне завершення розвитку функціональних систем організму спостерігається під час 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, під якою розуміють неодночасне дозрівання окремих структур функціональних систем організму, які пристосовують організм до зовнішніх умов у процесі онтогенезу. Гетерохронія дуже чутливий і тонкий процес, на який можуть вплинути невидимі та неусвідомлювані явища, у тому числі й доквілля. Гетерохронія є прийнятною і притаманною всім живим організмам, але проявляється різною мірою залежно від умов проживання в тому числі. Вона може виявлятися у вигляді акселерації, прискорення процесів дозрівання, чи ретардації, уповільнення цих процесів. Звичайно, її прояви набагато різноманітніші і загадковіші, ніж ми поки що знаємо або припускаємо. Інтенсивність гетерохронії тим більша, чим менший вік дитини. А ось клінічні маніфестації виникають у дещо віддаленому періоді, що ставить, іноді, у глухий кут лікаря чи зацікавленого спостерігача.

Якщо образно припустити, що генотип – це кермо людської машини, то гетерохронію можна порівняти з акселератором та гальмом цієї машини одночасно, тобто з основними елементами системи управління розвитку людини.

Патогенетичне обґрунтування цього явища сягає далекого минулого Homo Sapiens. Наведу лише один приклад із філогенезу людини, як гетерохронія віртуозно натискаючи на педалі акселератора формувала життєздатну людину у процесі природного відбору.

Завдяки прямоходженню жіночий таз звузився, а отже, сталося і звуження родових шляхів, тоді як розмір голови новонародженого немовля відносно збільшився. Це спричинило небезпеку смерті під час пологів. У жінок, які народжували недоношених дітей, тобто з явищами ретардації, чий череп був ще відносно невеликим і податливим, було більше шансів на виживання та відтворення на світ більшої кількості немовлят. Як наслідок, природним відбором стало заохочуватись передчасне народження, тобто явища акселерації в інших системах. І на тлі інших тварин діти людей народжуються «недоношеними». У них відзначається недорозвинення багатьох життєво важливих систем.

Лоша майже відразу після народження може бігти рясно, місячне кошеня незабаром розлучається з матір'ю і саме видобуває собі їжу. Людська ж дитина ще багато років безпорадна, залежна від старших, яка потребує того, щоб її захищали, годували та навчали. І ось тут реально формується думка та бажання використовувати на благо людини це явище. І виходом із цієї ситуації може бути або зниження рівня вимог до незрілої функціональної системи, або створення прийнятних умов функціонування, за яких продовжується фактор часу дозрівання та створюються оптимальні умови функціонування органу.

Для більш переконливого доказу того, що гетерохронія працює на будь-якому рівні розвитку та становлення людини, доречно згадати принцип Мауглі: критичні взаємини генотипу та фенотипу. Коли при здоровому генотипу патологічний вплив довкілля настільки велике, що визначає умови формування пороку через посилення явищ гетерохронії. Іншими словами, якщо у генетично здорового органу порушити умови його функціонування, то відбудеться збій формування морфологічної структури органу, що розвивається, який може прогресувати через нашу бездіяльність або запобігти при створенні необхідних умов зростання і дозрівання.

Як один із прикладів, можна взяти патологію нижніх сечових шляхів, зокрема, обструктивний уретерогідронефроз. Оскільки при цьому пороку розвитку в переважній кількості випадків відзначається диспропорція росту та дисфункція дозрівання структур нижніх відділів сечоводу, які через відсутність можливості діагностики приймаються за нейроми'язову дисплазію, що тягне за собою серію патогенетично необґрунтованих, іноді калічуючих, оперативних втручань. У тому випадку, коли забезпечується підтримання адекватної уродинаміки, головної функції сечоводу, події розвиваються іншим чином. Відбувається дозрівання та відновлення функції нижніх відділів сечоводів із послідовною зміною морфологічної структури стінок сечоводу.

Це досягається ендоскопічною корекцією з установкою спеціальних стентів, які досить тривалий час забезпечують усунення порушень уродинаміки та послідовного нормального розвитку сечоводу та всієї сечовидільної системи. Таких прикладів можна навести безліч всім органів і систем людського організму, починаючи від кісток скелета і до розвитку мозку та її структур. Ось тільки про цей феномен знають мало хто, а використовують у своїй практиці ще менше.

А враховуючи той факт, що людське суспільство розвивається за законами антропоцентризму, і на сучасному етапі під впливом ортодоксального гуманізму чи лібералізму, де кожна людина – центр Всесвіту, величезний світ, який має безумовну цінність, можна з певними припущеннями екстраполювати феномен гетерохронії та на розвиток людського суспільства. Оскільки вже спостерігається поки що малоусвідомлене, більше схоже на інтуїтивне, використання елементів цього явища у суспільній практиці і, на жаль, не завжди на благо людини.

ПРО ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК ЕМПАТІЇ В МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ

Іванько Олег Григорович

д.мед.наук, професор, зав. кафедри пропедевтики дитячих хвороб ЗДМФУ

Мета публікації полягає в тому, щоб показати наші уявлення про необхідність та можливості формування емпатії, необхідного компонента лікування як в умовах клініки, так і під час паліативної терапії учасниками мультидисциплінарних медичних команд. Актуальність дослідження обумовлена стурбованістю щодо можливостей молодих лікарів, випускників медичних університетів, проявляти співпереживання під час спілкування зі своїми пацієнтами. І це занепокоєння не виходить з пустих роздумів, що нинішнє покоління в чомусь поступається за якістю попередньому. На те є об'єктивні та суб'єктивні передумови, пов'язані з обмеженням або навіть втратою деяких традицій класичної медичної освіти, заснованої на присутності та участі в освіті молоді людини глибоко ерудованого, наділеного професійним та життєвим досвідом університетського викладача-наставника. Насамперед, у всьому провинною є так зване «дистанційне» навчання, але відкинути яке у умовах війни і небезпеки COVID неможливо. Серйозні проблеми виникають і при використанні технологій штучного інтелекту, які хоча й допомагають у виборі лікування, але зовсім позбавлені властивостей і можливостей враховувати стан емоційної сфери людини. Екран монітора комп'ютера, що розділяє пацієнта та лікаря створює, здається, непереборну перешкоду для виявлення глибинних емоцій, дотримання принципів моралі високого (постконвенційного за Л. Кольбергом) рівня, коли цінність життя та гідність людини виступають першими й найвищими моральними пріоритетами суспільства. Заняття в анатомічному залі з

безпосереднім зіткненням з останками померлої людини покликані допомогти освоїти анатомію людського тіла. Однак вперше змушують молоду людину по-справжньому задуматися над проблемами вмирання та смерті людини. У цей момент завданням наставника завжди було правильно сформувавши атмосферу заняття, позначити акценти, уникаючи лише однієї мети здобуття знань та придушення у студентів природного почуття гидливості, до речі, шанованого як необхідний атрибут медичної підготовки. Викладачеві необхідно помітити та зрозуміти прояви розгубленості, страху, можливо, і юнацької бравади як реакції на зіткнення з необхідністю визнати кінцевість людського життя. Результатом цих подій вже на початку медичної освіти буде усвідомлення того, що існуючий світ є сповненим страждань людей і, отже, для професійної успішності слід підкоритися його законам. У цьому плані виховання властивостей співпереживання виступає як важлива людська та професійна навичка. Вона має назву емпатії. Без прояву емпатії до страждає людині навряд чи можна говорити про збалансовану підготовку лікаря для надання медичної допомоги як тілу, так і душі хворого, нерозривних у своєму існуванні. Виявляючи емпатію, навіть у пасивній її формі – жалості, медичні працівники, лікар, медична сестра та санітарка, дозволяють у більшості випадків переконати хвору людину в тому, що страждання її зрозумілі та прийнятні.

Почуття жалості притаманне більшості людей. Будучи неактивним, але необхідним компонентом формування емпатії, жаль більше властивий особам жіночої статі, хоча генетичний компонент його походження становить приблизно лише 10%. Здебільшого можливість відчувати жалість формується під впливом епігенетичних чинників, у тому числі соціалізації у найближчому людському оточенні - родині. Нездатність виявляти почуття жалості спостерігається досить рідко в основному при таких розладах особистості, як нарцисизм, психопатія, шизофренія, садизм, порушення прихильності та інфантильні розлади. Нині встановлено, що психофізіологічної сутністю емпатії є активність дзеркальних нейронів головного мозку, що дозволяє використовувати зовнішні образи стосовно себе. Активними формами емпатії слід назвати співпереживання і співвідчуття. Співпереживання — це отождоження суб'єктом тих самих емоційних станів, які відчуває інша людина. Співвідчуття - один із соціальних аспектів емпатії. Це не лише формалізована форма вираження свого ставлення до переживання іншої людини у вигляді співчуття, а й активні дії, спрямовані на пом'якшення фізичних та душевних страждань. Активне співвідчуття по суті і становить сенс медицини, але може бути непомітним через присутність сучасних технологій лікування, коли лікар стає начебто відстороненим від хворого. І все ж потреба людини, що страждає, в емпатії величезна, бо «людині потрібна людина». Таким чином, необхідність освоєння навичок самовиховання та способів вираження емпатії у молодих лікарів мають бути визнані важливою складовою виховного процесу та бути практично реалізовані за допомогою ефективних методів університетської освіти.

Як уже згадувалося, організуючим центром виховного процесу має бути куратор-наставник із числа викладачів університету. Куруючи 2-3 студентів протягом кількох років наставник бере участь у формуванні особистості, зокрема викладає практичні приклади спілкування з пацієнтами в емоційно складних ситуаціях. Діяльність куратора повинна будуватися на засадах довіри з боку адміністрації, а аж ніяк на контролі відпрацьованого академічного часу. Важливими є також оцінки студентів, у тому числі й анонімні. Враховуватися мають і думки роботодавців, пацієнтів та їхніх родичів, безпосередніх свідків успішності складного процесу формування лікаря.

Розглядаючи проблеми формування емпатії необхідно наголосити на важливості використання ефективних технологій. Активне формування кола читання та відео-кіноконтенту надає широкі можливості самоосвіти та створює галерею образів та ситуацій, що застосовуються у медичній практиці. Загальновідомо, що лікарю на початку своєї діяльності важко підтримувати спілкування з безнадійно хворим, можливо, дуже літнім пацієнтом, який тим не менш потребує співвідчуття. Прикладом рішення як подолати відчай людини у хворобі та старості можна знайти в роботах Е. Еріксона «Життєва залученість у старості» (Vital Involvement in Old Age, 1986) та «Життєвий цикл завершений» (The Life Cycle Completed, 1987). Згідно з думками Е. Еріксона в останній період життя, коли основна робота закінчена, у людини закономірно настає час роздумів. Потрібно допомогти їй в цей момент відчути цілісність та свідомість прожитого життя, згадати досягнуті успіхи. У цей момент страждання викликає почуття втрачених можливостей, тому що починати життя спочатку вже пізно та втраченого не повернути. Тому потрібно шукати у спогадах пацієнта все позитивне, хоч би яким скромним воно не було і нагадати про це.

Способи вираження співвідчуття лікарем можуть бути різними, але вони повинні бути прийнятними для хворого та його близьких. Не зважаючи на існуючі рекомендації, слід з обережністю ставитися до тактильних контактів (наприклад, обіймів), які можуть бути неприємні хворому, який отримує паліативне лікування. Слід дотримуватися помірності у розмовах, особливо щодо прогнозу перебігу хвороби, уникаючи зайвої бадьорості. Скромність у застосуванні косметики, відмова від дорогого манікюру можуть бути корисними на етапі формування стосунків із хворим. Однак іноді несподіване захоплення («комплімент») з його боку можна використати для поглиблення комплаєнсу (довіри хворого до лікаря та рекомендованого лікування). Таким чином, формування у лікаря навичок активної емпатії представляє складний процес, а сам психо-фізичний феномен жалості, співвідчуття та співпереживання вимагають глибокого осмислення.

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА ЯК НЕВІД'ЄМНИЙ ЕЛЕМЕНТ СУЧАСНОЇ БІОЕТИКИ

Кравченко Володимир Юрійович

кандидат політичних наук,

старший викладач кафедри мовної підготовки та гуманітарних наук,

Котенко Наталія Анатоліївна

викладач кафедри мовної підготовки та гуманітарних наук,

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро

Традиційна медична етика спиралася на принципи патерналізму та ігнорувала необхідність інформування пацієнта про усі аспекти його життя і здоров'я. Лише у другій половині ХХ століття, завдяки становленню біоетики і поширенню концепції прав людини, згода на медичне втручання стала важливим і обов'язковим елементом медико-біологічних та клінічних відносин. У контексті біоетики термін «інформована згода» вперше використали у 1957 році в США під час судового слухання з приводу неналежного розповсюдження медичної інформації і порушень прав пацієнта [5, р. 329]. На законодавчому рівні вимога інформованої згоди на медичне втручання вперше була зафіксована в США у 1970-х роках, що свідчить про нетривалу історію цього елемента сучасної біоетики [4, р. 918].

У системі сучасних біоетичних відносин інформована згода є однією із найголовніших морально-правових категорій. Більшість сучасних етичних і правових кодексів містять вимогу до медичних працівників отримувати інформовану згоду на будь-яке медичне втручання. Основні положення та критерії добровільної згоди на медичне втручання або участь у медико-біологічному експерименті зафіксовані у численних міжнародно-правових документах: Нюрнберзький кодекс (1947), Гельсінська декларація (1964), Конвенція про права людини та біомедицину (1997), Загальна декларація про біоетику і права людини (2005).

Правило інформованої згоди передбачає, що компетентний та дієздатний пацієнт надає усвідомлений і добровільний дозвіл на медичне втручання лише після отримання повної інформації про особливості, етапи і ризики певної процедури. Відповідно до сучасної системи етичних цінностей та принципів, дотримання правила інформованої згоди є невід'ємною частиною активного залучення пацієнта до участі в прийнятті важливих медичних рішень.

Інформована згода спирається на уявлення, що дієздатні особи повинні мати право ухвалювати рішення стосовно свого здоров'я без будь-якого тиску, маніпуляцій чи примусу і на основі зрозумілої та актуальної інформації [6, р. 1]. Відповідно до принципів та правил біоетики, кожен пацієнт має право на особисту недоторканість та отримання повної інформації щодо стану його здоров'я, а медичне втручання може відбуватися лише після його усвідомленої і добровільної згоди. Дотримуючись етичного правила інформованої згоди медичні працівники визнають право людини на вільне волевиявлення і можливість впливати на ухвалення рішень, які стосуються її тіла, життя та здоров'я. Отримати інформовану згоду від пацієнта медичні працівники можуть в усній або письмовій формі. Якщо ж пацієнт є недієздатним, то увалювати рішення про медичне втручання має його законний представник чи уповноважена особа.

Серед найважливіших принципів та критеріїв інформованої згоди можна виділити наступні:

1) добровільність – відсутність будь-якого зовнішнього примусу чи психологічного тиску по відношенню до пацієнта;

2) інформованість – отримання інформованої згоди від пацієнта на будь-яке медичне втручання;

3) компетентність – здатність пацієнта зрозуміти надану медичну інформацію, що передбачає його залучення до прийняття рішень стосовно життя та здоров'я, а також відповідальне ставлення до його вибору, інтересів, волі та прав.

З етичної та правової точки зору, медичні працівники зобов'язані надавати пацієнту достовірну інформацію про стан його здоров'я, результати досліджень, діагноз, переваги і ризики медичного втручання, можливі альтернативні методи, прогноз перебігу хвороби і потенційні небажані наслідки від такого втручання. Інформована згода стала важливим правилом і елементом сучасної біоетики, який покликаний гарантувати безпеку та відповідальність усіх учасників медичних відносин. Дотримання такого правила стає запорукою того, що пацієнти зможуть ухвалювати рішення, які стосуються їхнього життя і здоров'я, спираючись на власні цінності та переконання. На думку О. Плешко, інформована згода є важливою умовою відповідального ставлення до волі пацієнтів, відсутності зовнішнього тиску та їхньої здатності ухвалювати усвідомлені рішення щодо життя і здоров'я [2, с. 251].

Важливими компонентами інформованої згоди, які забезпечують доступ до повної, достовірної та зрозумілої інформації є наступні:

- право особи ухвалювати рішення, які стосуються її життя і здоров'я;
- право пацієнта добровільно погоджуватися або відмовлятися від будь-якого медичного втручання, яке суперечить його інтересам;
- право особи на отримання достовірної та детальної інформації про переваги і недоліки медичного втручання. Медичні працівники мають бути впевнені, що пацієнт зрозумів усі важливі аспекти наданої інформації;
- відповідальність і обов'язок лікаря отримувати згоду на будь-яке медичне втручання чи залучення особи до участі у клінічних дослідженнях.

С. Алазмі наводить власний перелік вимог, яким має відповідати інформована згода: пояснення діагнозу, етапів і деталей проведення медичних процедур; обговорення альтернативних методів і варіантів медичного втручання; ознайомлення пацієнта з перевагами і потенційними ризиками кожного з методів; отримання від пацієнта усвідомленої згоди на проведення медичної процедури [3, р. 627].

Для ухвалення раціонального рішення пацієнти мають володіти повною інформацією про медичне втручання, бути вільними від зовнішнього контролю та впливу медичних працівників. Лікарі не мають приховувати інформацію, маніпулювати, тиснути або обмежувати вибір пацієнта, а повинні забезпечити йому доступ до повної інформації про довгострокові позитивні і негативні наслідки ухвалених рішень. Стандарт інформованої згоди вимагає, щоб особа була проінформована про мету, методи, тривалість, дискомфорт, побічні ефекти чи потенційні ризики, які можуть виникнути внаслідок медичного втручання чи участі в медико-біологічному експерименті. Отже, добровільність і розуміння інформації є найважливішими елементами, які визначає автономність наданої згоди.

Інформована добровільна згода можлива лише за умови, якщо пацієнт володіє правом на автономію і здатний свідомо ухвалювати рішення, які відображають його бажання та інтереси. Під принципом автономії ми розуміємо повагу до свободи дій і вчинків пацієнта, а також його право вільно обирати серед варіантів медичної допомоги ті, які відповідають його інтересам, принципам та етичним цінностям [1, с. 28].

Однак, все ще тривають дискусії з приводу того, який обсяг медичної інформації лікарі повинні надавати пацієнту та які дії медичних працівників будуть розцінюватися як примус або тиск. Деякі дослідники схильні вважати, що значення та обсяг наданої пацієнту інформації про його здоров'я має залежати від рівня ризику медичного втручання [5, р. 330]. Дії, які мають високу імовірність загрози для життя, повинні супроводжуватися більш деталізованим та обґрунтованим поясненням усіх етапів медичного втручання і отриманням чіткої згоди від дієздатного пацієнта. Загалом, обсяг наданої інформації має бути достатнім для того, щоб пацієнт зміг ухвалити зважене, раціональне та усвідомлене рішення з приводу переваг і потенційних ризиків від медичного втручання або участі в медико-біологічному експерименті.

Таким чином, дотримання інформованої згоди у сучасних медико-біологічних відносинах є проявом довіри та партнерства між медичними працівниками і пацієнтами. Це сприяє підвищенню відповідальності лікарів, дозволяє покращити якість надання медичних послуг, зменшує ризики настання небажаних та небезпечних наслідків.

Список використаних джерел

1. Кравченко В. Ю. Реалізація принципу автономії пацієнта в сучасній медичній практиці. Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині): зб. матеріалів IV Міжнародної науково-практичної конференції. Запоріжжя: ЗДМУ, 2023. С. 27-29.
2. Плешко О. С. Біоетичні регулятиви взаємовідносин «лікар-пацієнт». Матеріали II Всеукраїнської наукової практичної конференції «Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення». Львів, 2008. С. 251-256.
3. Alazmi S. F. Public and private surgeon attitude towards informed consent. *Alexandria Journal of Medicine*. 2018. Vol. 54. Iss. 4. P. 627-632.
4. Kahn J. Informed consent in the context of communities. *The Journal of Nutrition*. 2005. Vol. 135. Issue 4. P. 918-920.
5. Sarela A., Thomson M. Balancing law, ethics and reality in informed consent for surgery. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*. 2014. Vol. 96 (5). P. 329-330.
6. Villiger D. Informed Consent Under Ignorance. *The American Journal of Bioethics*. 2024. P. 1-13.

ЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРАКТИК СУПРОВОДУ ЛІМІНАЛЬНИХ СТАНІВ

Луценко Дар'я Андріївна,
аспірант, викладач кафедри філософії, факультет історії філософії,
Одеський національний університет ім.І.І.Мечникова

Сучасна історична ситуація та відповідна проблематика актуалізують і звертають дослідницький інтерес до деяких ідей та концепцій, що були розроблені в межах окремих наукових дисциплін і мали «локальну» методологічну функцію, надаючи впорядкованості і віднаходячи внутрішню логіку польових матеріалів.

Однією з таких ідей є уявлення про «лімінальне». Віддаючи данину принципу науковій традиції, зазначимо, що цим поняттям ми завдячуємо франко-швейцарському етнографу, фольклористу, лінгвісту і додамо - антропологу Арнольду ван Геннепу. Маючи непростий професійний та особистий шлях, ван Геннеп доклався до вивчення символіки та структури так званих «обрядів переходу» («rites of passage»), вбачаючи в них реалізацію принципу «обертання» сакрального («pivoting» of sacred). Реалізація принципу обертання полягає в динамічній взаємній циклічній інверсії сфер сакрального та профанного як в індивідуальному, так і суспільному вимірах. «Обертання» супроводжує і характеризує переходи як такі. Ван Геннеп пише: «...хто б не проходив через зміну статусів протягом життя, одного дня помічає сакральне там, де до того бачив профанне і навпаки» [5, с. 13]. Ван Геннеп вважає, що такі інверсії не минають без особистих та суспільних потрясінь, тому саме обряди переходу покликані «пом'якшити» як наслідки, так і сам процес переходу для всіх його учасників. Рекурентний характер обрядів переходу засвідчує символічну смерть в старому статусі і воскресіння у новому.

Аналізуючи структуру обрядів переходу ван Геннеп вбачає в ній трьох етапну послідовність: прелімінальний-лімінальний-постлімінальний етапи. Прелімінальний етап пов'язаний із відділенням від попереднього етапу і статусу, постлімінальний - із становленням і визнанням у новій ролі. Лімінальний етап – все, що відбувається між позбавленням старого та набуттям нового статусу або стану. Сам по собі лімінальний етап в певному сенсі становить сутність переходу. Часто він буває розтягнутим за часом на стільки, що становить окремий етап життя, «винесений за дужки» звичної нормальності.

Обряди, що супроводжують період вагітності та пологів становлять суттєву частину обрядів переходу, хоча і не зводяться цілком і виключно до них, включаючи також захисні обряди, обряди виключення, etc. З логіки розуміння лімінального етапу як такого (тобто проміжного), виходячи з притаманних практик, що демонструють інверсії, про які йшлося раніше, можна самі пологи розглядати як один з найбільш концентрованих за інтенсивністю психофізичного досвіду перехідних, тобто лімінальних станів. Обрядовість традиційних суспільств, зокрема українського являє достатньо прикладів таких обрядів і практик.

Надалі спиратимемося на феноменологічну та постструктуралістську теорію практик, як елементарного, набутого в процесі соціалізації способу дії та співдії. Звернімося до поняття «габітусу»: за П. Бурдьо це принцип, що не механічно обмежує, але диктує ліміти, в яких і як здійснюються практики, «інкорпорує історію» [4, с. 66]: минуле, що проникає в теперішнє і прагне дотягнутися до майбутнього. Важливим також є поняття життєсвіт, де основним дієвими і

дійовими «особами» є досвід і практика згідно А.Щюца та інших феноменологів. Поняття про практику вплітається та взаємодіє із культурною традицією розуміння інших форм впорядкованого досвіду, зокрема - ритуалу, обряду, про які йшлося раніше.

В цьому сенсі етичні засади практик супроводу лімінальних станів, зокрема і пологів можна розглядати як прояви і свідчення колективного габітусу, притаманного певній спільності на певному історичному етапі.

Цікавою і значущою є фігура провідника, особи що супроводжує лімінарну особу крізь лімінальний період. В традиційних культурах напрацьовано різноманіття відповідей на запит супроводу породіллі і пологів, представлених у різному складі осіб, що супроводжують та різних «практиках тіла», що є унормованим порядком дій у типових і не типових ситуаціях.

На етнографічних матеріалах з розвідок різними регіонами як України так і широкої світової географії загалом можна скласти уявлення про характерні риси і роль фігури, що ще донедавна супроводжувала мало не всі пологи. Зупинимося лише на деяких характерних рисах. Першим впадає в око певний мовний узус, що відображає норми (статусні, вікові) і практики характерні для помагаючої особи. Окрім ситуативної «професійної» допомоги між родиною та помічницею встановлювалися довготривалі часто пожиттєві особливі взаємини, які ґрунтувалися на повазі та шануванні помічниці. Відповідно помічниця також дотримувалася певних етичних норм як в роботі так і в повсякденному житті. Обрядовість і ритуальність взаємин між громадою та помічницею простягалися далеко за межі ситуацій допомоги в пологах, що дозволяє визначати цю фігуру, як приналежну до сфери сакрального. Цікавим є ще й те, що під час досліджень респондентки на питання про джерело своїх знань про те як і що треба робити часто відповідали, що це в них «від Бога». Отже ми маємо образ «професійної помічниці» в традиційній культурі, яка є ланкою між світом профаним і сакральним і підпорядковується «нормам» священного, беручи на себе в різному обсязі супровід членів громади крізь лімінальні стани, зокрема і пологи.

В своїй роботі О.Боряк зазначає наступні поіменування, що зустрічаються в свідченнях етнографічних розвідок та інших джерелах України та різних куточків світу. Ці поіменування було категоризовано у декілька груп разом із близькими або похідними термінами: 1) повитуха (баба, «родова» баба і т.п.); 2) повивальна бабка («службова», «присяжна», «екзаменована»...); 3) акушерка («кушорка», «кушманенка»). Дослідниця також виділяє ще такі поіменування і групи: 4) шептухи, цілительки, лечилки; 5)знахарки; 6)відьми, чарівниці, чаклунки [1, с. 26-27]. Всі вони також дотичні в різних масштабах як до супроводу пологів так і до супроводу в інших лімінальних станах. Не ставимо за мету розкривати весь багатий матеріал сенсів традиційної культури, але відзначимо в цьому переліку характерну ознаку, яка, як нам здається на сьогодні є однією з вирішальних і габітальних, а тому є дещо «німою», бо «це ж і так зрозуміло, а як інакше». А саме: повивальні бабки та акушерки принципово відрізнялися від інших категорій тим, що їх практика була офіційна, подальший розвиток цього способу супроводу пішов шляхом все більшої інституалізації. Інституалізація мала 2 вектори: перший стосується джерел знань і формування відповідного професійного етосу, другий – місце реалізації практики. З часом і до сьогодні саме «міська» і «медична» практика супроводу пологів стали домінуючою. Акушерство було включено в орбіту медичного контролю і послуг для населення.

Іронічно або ні, але на кінець 20 ст.-початок 21 ст. можемо констатувати ситуацію Геннепівського «обертання» сакрального. Медикалізація та протокольний контроль вважаються однією з причин виникнення попиту на альтернативні способи реалізації дітонародження: від ескапізму через солопологи в різних варіаціях до виникнення нових помагаючих професій, що покликані не тільки подолати наслідки певної десакралізації простору і досвіду пологів, але й стати медіатором між панівною системою з усіма її благами і глибоко особистим досвідом дітонародження. Разом із тим також намітилася тенденція і до трансформації офіційної медичної системи і її практик. Серед популяризаторів та ідеологів останньої тенденції не можемо не зазначити Мішеля Одена.

Сам Оден назве свій вектор осмислення практик супроводу пологів «природнім», піддаючи критиці пануючі установки. А саме те, на скільки звичною була ситуація, коли вагітну жінку або породіллю називали «пацієнт» [2, с.13], тим самим ставлячи вагітність та пологи в один ряд із патологічними станами, які дійсно потребують медичного втручання та лікування. Ця, на перший погляд незначна, термінологічна колізія відкрила питання щодо невиправданої асиметрії влади та розподілу «першості» ролей під час госпітального супроводу пологів. Поєднуючи наукові знання

про фізіологічний перебіг пологів, данні антропологів про такі незвичні і на перший погляд «дикі» практики примітивних народів, Оден «перевідкрив» значення оточення і соціальної взаємодії для нормального перебігу пологів.

Як не дивно, але соціальність, а отож і етика взаємодії також є значущим фактором, що впливає зокрема і на гуморальну регуляцію, яка відповідає за перебіг фізіологічних процесів. Оден сформулює принцип «трьох Т»: темно, тихо, тепло, які базуються на знаннях про вплив різних стимулів на відповідні ділянки мозку, що можуть сприяти або навпаки затримувати процес пологів. Крім того принцип вільного руху і положення під час пологів відповідав значною мірою курсу на «природність» та змінював існуючу диспропорцію і об'єктну позицію породіллі щодо лікаря, роблячи активним актором, присвоюючи їй певний обсяг влади і контролю в ситуації максимальної тілесної вразливості та відкритості. Отож маятник знов хитнувся у бік спідії і розумного невтручання, а також деяких особливих стосунків, що виходять за межі «надання послуги» в перехідном стані.

Список використаних джерел

1. Боряк О.О. Баба-повитуха в культурно-історичній традиції українців: між профанним і сакральним / О.О. Боряк. - К.: Інститут мистецтвознавства, фольклористики та етнології ім. М.Т. Рильського НАН України, 2009. – 393 с.
2. Оден М. Відроджені пологи / М. Оден. Дніпро.: Смакі, 2021. – 144 с.
3. Шюц А., Лукман Т. Структури життєсвіту / А. Шюц, Т. Лукман. - К.: Український Центр духовної культури, 2004. - 560 с.
4. Bourdieu P. The Logic of Practise / P. Bourdieu. Stanford University Press, California, 1990
5. Gennep van A. Rites of Passage. Translated by Monika B. Vizedom and Gabrielle L. Caffee. The University of Chicago Press, Chicago, 1996. 198p.

НЕМЕДИЧНІ ПРОБЛЕМИ ПРОВЕДЕННЯ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ НА ТВАРИНАХ

*Масік Надія Прокопівна,
професор ЗВО кафедри внутрішньої медицини №2
Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова*

В останні десятиліття дослідження на тваринах набули величезних масштабів. Адже саме експериментальні дослідження є одними із головних методологічних підходів до пізнання процесів і явищ, що мають місце в живому організмі. Саме в умовах експерименту можливо виявити і охарактеризувати особливості об'єкту, процесу або явища, що вивчається, та перевірити теоретичні концепції [6, с. 32]. В медицині експериментальне моделювання відіграє важливу роль у вивченні механізмів розвитку захворювання і дозволяє стверджувати наявність певного патологічного шляху розвитку окремої патології, вивчати молекулярні, клітинні і системні зміни при експериментальному моделюванні, оцінювати ефективність і безпечність різних медикаментозних і немедикаментозних методів лікування [2, с. 162], [4, с. 544].

Сьогодні хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) уже є однією з трьох основних причин смерті в усьому світі, причому 90 % цих смертей – у країнах із низьким і середнім рівнем доходу. ХОЗЛ – це прогресуюче захворювання дихальних шляхів, що характеризується персистуючими проявами з боку дихальної системи та обмеженням циркуляції повітря по дихальних шляхах. По мірі прогресування хвороби запальний процес набуває системного характеру, провокуючи розвиток супутніх захворювань (ішемічної хвороби серця, серцевої недостатності, остеопорозу, анемії, діабету, метаболічного синдрому та депресії) [7, с. 18].

Враховуючи той факт, що розвиток ХОЗЛ є поступовим, прогресуючим і тривалим, а системні прояви можуть виявлятися в різний термін давності хвороби, тож щоб спрогнозувати ступінь системних ефектів та встановити їх зв'язок з ХОЗЛ було запропоновано проведення експериментального дослідження. Доцільність створення моделі ХОЗЛ обумовлена не лише широким розповсюдженням даного захворювання, а й необхідністю вивчення впливу запального процесу в органах дихання на інші органи і системи організму. Виходячи з концепції системного запалення при ХОЗЛ ми поставили за мету дослідити характер і глибину морфологічних змін та виявити ранні структурні зміни внутрішніх органів у щурів, яким моделювали ХОЗЛ [4, с. 545].

В процесі виконання експериментального дослідження ми стикнулися з рядом немедичних проблем, про які не уявляли на початку планування експерименту. Застосування лабораторних тварин дозволяє принципово розширити сферу експериментування, оскільки стосовно них традиційно допускається завдання шкоди, неприпустимої при роботі з людьми [6, с. 39]. Разом з тим, залучення живих істот до наукових експериментів викликає деякі етичні проблеми. Біоетика експериментів на тваринах розглядає не тільки проблему їхнього морального статусу, але й саму важливість проведення таких біомедичних досліджень, ступінь необхідності обов'язкового залучення тварин до наукової програми спостережень, значимість передбачуваних результатів з метою виправдати експеримент над тваринами [2, с. 163].

У зв'язку з цим були розроблені норми, що зважають на специфіку саме експериментальної роботи на тваринах. Вони викладені в «Європейській конвенції про захист хребетних тварин, які використовуються в експериментах та інших наукових цілях», прийнятій у Страсбурзі в 1986 році. Суть цього документа може бути зведена до стандарту, що складається з трьох базових принципів: удосконалення, скорочення та заміна. Ці принципи передбачають безперервний процес гуманного поводження з тваринами при їх утриманні, підготовці до експерименту та безпосередній участі в ньому, щоб звести до мінімуму страждання тварин у ході експерименту [1, с.74], [2, с. 171], [6, с. 39]. Найбільш загальні вимоги поводження з тваринами описані Дж. Вебстером під назвою п'яти свобод: – свобода від спраги, голоду та недоїдання (доступ до води і їжі); – свобода від болю, ран, хвороби (надання лікування); – свобода від страху і стресу; – свобода від дискомфорту (місце для сну і відпочинку); – свобода нормального життя [1, с. 74], [2, с. 172], [6, с. 40].

У країнах Ради Європи ведуть роботи по введенню так званих гуманних альтернатив в біомедичні дослідження, основні напрямки яких це: -розробка і обов'язкове застосування знеболюючих засобів; -удосконалення експерименту, що допомагає максимально зменшити біль і страждання, а також покращення утримання піддослідних істот; -зменшення загальної кількості індивідів, що використовуються; -поетапне заміщення свавців тваринами з менш розвинутою нервовою системою [1, с.75]. Проте ці загальні вимоги не можуть бути повною мірою застосовані до експериментування на тваринах. Беручи за основу вимоги Європейської конвенції (Страсбург, 1986), протокол про поправку до Конвенції 1986 р. (2013 р.), до яких приєдналася Україна 2 травня 2017 року, науковий експеримент – це дослідження, спрямовані на одержання та використання нових знань, що проводяться на живих тваринах і можуть спричинити біль, страждання, занепокоєння, шкоду. Отже, можна зробити висновок, що на рівні цього підзаконного нормативно-правового акту експериментальним тваринам може бути спричинено біль і страждання [5, с. 151-152].

Методики експериментального дослідження (модель ХОЗЛ) були нами ретельно обґрунтовані до початку експерименту та одержано схвалення **комітету з біоетики** при Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І. Пирогова. Нами проведений вибір тварин (щурі лінії Вістар) і їхня кількість (60). Тварини для проведення експерименту надходили із сертифікованої клінічної лабораторії ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», утримувались на стаціонарному режимі в умовах віварію при вільному доступі до їжі і води.

ХОЗЛ моделювали наступним чином: під ефірним знеболенням хірургічним шляхом оголяли трахею і проколом між двома хрящовими півкільцями голкою діаметром 0,8 мм вводили в її просвіт за допомогою шприца завесь побутового пилу із розрахунку 10 мг на 100 г маси тіла в 0,5 мл фізіологічного розчину. Розріз на шії зашивали.

В ході експерименту виявилось, що відтворення ХОЗЛ викликає зниження загального поживного статусу, тривалості життя тварин і призводить до їх передчасної загибелі. Щоб усунути ці проблеми було вирішено збільшити і покращити раціон харчування за рахунок додавання білків, вітамінів і мікроелементів, що підвищило виживаність тварин.

Інформація про умови дотримання і використання тварин, а також про результати експериментальних досліджень є відкритою. Доступ до цієї інформації вільний. Комітет з біоетики здійснював моніторинг дотримання гуманних, етичних і морально-правових принципів стосовно експериментальних тварин під час роботи з ними шляхом отримання звітів, що підготовлені відповідно до розроблених рекомендацій.

Виведення тварин з експерименту проводили на 6-й, 9-й і 12-й місяці моделювання ХОЗЛ шляхом передозування ефірного наркозу.

В результаті виконаного експериментального дослідження встановлено порушення нормального співвідношення між процесами ремоделювання і моделювання усіх тканин організму тварин, що відмічається вже з 3-го місяця експерименту і досягає свого максимуму на 9-му і 12-му місяцях. Все це доводить важливість і необхідність відтворення в експериментальній моделі патології бронхо-легеневого апарату та виявлення ранніх структурних змін з боку різних систем експериментальних тварин в різні строки після створення моделі ХОЗЛ.

Отже, роль тварин в сучасній медичній науці важко переоцінити. Тому практичним завданням біоетики є розробка правил і норм, які могли б мінімізувати неминуче в ході таких досліджень зло. А конструктивна взаємодія з громадськими організаціями може виявитися корисною для досягнення гуманних цілей, до яких прагнуть прихильники біоетики [2, с. 173].

Список використаних джерел

1. Біоетика та біобезпека: навчальний посібник / Укладачі: Юлія Максименко, Дмитро Вискушенко. Житомир: Вид-во ЖДУ імені Івана Франка, 2022. 126 с.
2. Запорожан В.М., Аряєв М.Л. Біоетика та біобезпека: Підручник / В.М. Запорожан, М.Л. Аряєв. — К.: Здоров'я, 2013. -456 с.
3. Лур'є К.І. Сучасні біоетичні аспекти і міжнародне право. ВІСНИК ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» 2017. Том 17, Випуск 2 (58) С. 296-299.
4. Масік Н.П. Системні прояви запального процесу в бронхо-легеневій системі на моделі хронічного бронхіту у щурів. Вісник морфології. - 2010. - №16(3). - С.543-547.
5. Світличний О., Берегеля І. Адміністративний захист тварин, які використовуються в наукових експериментах, навчальному процесі та виробництві біологічних препаратів, від жорстокого поводження. Адміністративне право і процес. - 2017, №2. - С.150-157.
6. Сучасні проблеми біоетики: Навч. посіб. для позааудитор. підгот. студ. спец. «Фармація», «Клінічна фармація», «Технологія парфумерно-косметичних засобів» / В.А. Мороз, В.В. Пропіснова, Д. В. Леонтєв та ін.; За ред. В.А. Мороза. – Х.: Вид-во НФаУ, 2009. – 128 с.
7. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD, перегляд 2023 року. Здоров'я України. Тематичний номер: «Пульмонологія, Алергологія, Риноларингологія». - 2023. № 1(62). - С.18-21.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КОНСТРУЮВАННЯ АТРАКТОРІВ «КОНСТРУЮВАННЯ ЛЮДИНИ» В БІОЕТИЦІ ТА ОСВІТІ

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

«Конструювання людини» тут буде розумітися як сума ефектів NBICS-технологій. Конвергенцію ж цих технологій допустимо інтерпретувати як прагнення якогось атрактору. Проблему становить можливість керування цим атрактором. Суть проблеми – у існуванні двох «пасток»: однозначності та позитивності. Пояснимо обставини цих «пасток». По-перше, із загальних уявлень зрозуміло, що NBICS-технології мають високу економічну ефективність, тому мають інвестиційну привабливість. Ця обставина залучає одну шкалу – грошову – для вимірювання всіх плюсів та мінусів інноваційного проекту. По-друге, інновації пред'являють суспільству як безальтернативне дотримання технічного прогресу. По-третє, мета інновацій вбирається у виключно позитивну оболонку, хоча втілення будь-яких позитивних феноменів (блага, знання, культури чи прогресу) завжди позбавлені однозначних трактувань.

Важко уявити, щоб мета інновацій пропонувалася так – людина перестане бути собою і втратить свою індивідуальність. Щоправда, є й інші сценарії, але вони не настільки економічно ефективні, та і новацій у них обмаль, тому ми про них просто не згадуватимемо. Разом з тим, справа далеко не в тому, що інновації пропонують легковажно чи корисливо. Все набагато серйозніше. Конвергенція технологій явно вказує на очікуваний нас у майбутньому стан атракції, але складність соціокультурних систем, залучених у цей шлях інновацій, передбачає не один атрактор, а їх спектр. Самоорганізація соціокультурних систем забезпечує конкуренцію цим атракторам. Простіше кажучи, дані системи здатні вибрати для нас наше майбутнє. Цей вибір буде випадковим, і тому не найкращим із можливих варіантів майбутнього.

Так склалося, що гуманітарна оцінка ефектів NBICS-технологій стала справою біоетики. Але й у самій біоетиці протест проти одномірності супроводжує заклик до якогось найкращого – одного – способу дій. Згадаймо, що моделі моральної медицини, виявлені Р. Вітчем [3, с. 3] у період, який він вважав революційним для медичної етики були представлені їм, щоб на тлі інших відстояти переваги контрактної моделі. Можна вважати дуже примітним закид, який зовсім недавно був кинутий біоетиці. Його формулювання – фікція біоетики – винесено в заголовок книги, оскільки її автор дійшов висновку, що реальні проблеми біоетики передає лише сучасна художня література, а «філософи розглядають вигадані рахунки». Є підстави для того, щоб уважно поставитися до цього докору, оскільки біоетика фіксує новий символізм, що породжується NBICS-технологіями, а вадою сучасної філософії є її невміння залучати точні методи природознавства для релевантного виміру цього символізму. Але в самому природознавстві, що створює точні методи, відсутні способи виміру багатолікого символізму.

Вирішення проблеми належить областям, розташованим «на стику» природознавства та гуманітарного знання. До таких областей входять управління знаннями, семіотика та власне біоетика. Варто відмітити що управління знаннями, яке у вітчизняній літературі часто називають когнітивним менеджментом, спеціальними заходами та процедурами викликає та підтримує конвергентний характер NBICS-технологій. До зазначених способів належать трансформації систем освіти. Ось тут виявляє себе перший локус для реального втручання філософії у діагностику та корекцію атракторів NBICS-технологій, оскільки філософія навряд чи зможе взяти участь у розробці продуктів цих технологій та вийти за межі ролі якогось «квартирного», поставленого суспільством для здійснення гуманітарної експертизи тенденцій цих технологій. Філософія здатна розробити біоетично вивірені стратегії виховання в рамках професійної підготовки творців технологій. При цьому слід врахувати, що «пастки» однозначності та позитивності спочатку підстерігали теорії освіти, які корінням своїм йдуть у соціальні утопії. Подолати упередження та переваги здатні аналітичні конструкції, що впорядковують плюралізм концепцій. Перш ніж перейти до таких конструкцій, ми зафіксуємо ілюзорні умови однозначності (табл. 1), що є актуальними у контексті впливів конвергентних технологій, що стандартизують людину.

Таблиця 1. Фіктивні умови однозначності в біоетиці та освіті

Фіктивні умови однозначності в біоетиці та освіті	
у біоетиці, якби	в освіті, якби
існували однозначні визначення понять «здоров'я» та «норма»	існували однозначні визначення понять «освіта» та «знання»
всі люди відповідально ставилися б до свого здоров'я та здоров'я інших	всі учні відповідально ставилися б до своєї освіти, а всі викладачі відповідально ставилися б до навчання та виховання своїх учнів
кожен хворий мав би одну хворобу	скрізь і завжди освіта мала б однаковий набір цілей, способів, методів та технологій
всі способи лікування були б однаково доступні всім пацієнтам	всі способи освіти були б однаково доступні всім учням
дії лікаря ніколи б не йшли врозріз з бажаннями пацієнта	дії викладача ніколи б не йшли врозріз із бажаннями учня
кожен пацієнт розумів би свої бажання та однозначно їх формулював	кожен учень розумів би свої бажання і однозначно їх формулював
кожен пацієнт був би завжди дієздатний або не мав би родичів	всі учні мали б однакові здібності, і всі батьки однаково виховували своїх дітей
нестерпний біль був би викорінений, довжина життя в усіх була б однаковою, а смерть легкою	довжина здобуття освіти у всіх була б однаковою, а здобуття освіти було б легким

Зі змісту таблиці 1 простежується близькість проблем біоетики та теорій освіти. Обидва ці напрями гуманітарних досліджень знаходять свої підстави в ідеях моралі. Ці ідеї впорядковані та задають свої напрямки людських устремлінь (табл. 2). Непереборні межі (табл. 2) розкривають причини фіктивності єдиного атрактора. Іншими словами, для багатьох соціокультурних систем не може бути однієї ієрархії цінностей, однієї мови та загального блага. У цьому є привід для оптимізму, оскільки це означає, що існує можливість для коригування атракторів, а отже, для конструювання атракторів.

Досвід подібного конструювання надають утопії. Це твердження може бути дивним. Однак фактом є те, що утопії за дотримання деяких умов збуваються. Таких фактів поки що мало, оскільки розуміння умов для перетворення утопії на реалізований проект вимагає дослідження цього досвіду з постнекласичних позицій [1].

Таблиця 2. Аксиологічна інтерпретація базових ідей моралі

Аксиологічна інтерпретація базових ідей моралі		
	Партикуляризм	Універсалізм
Я	Людина сприяє своїм цілям, виходячи зі свого розуміння блага Гедонізм	Людина сприяє своїм цілям, виходячи з того, що кожна розумна людина вважає благом Перфекціонізм
Інші	Людина сприяє цілям інших, виходячи зі свого розуміння блага Утилітаризм	Людина сприяє цілям інших, виходячи з того, що кожна розумна людина вважає благом Альтруїзм

У лапідарному вигляді ці умови такі: а) утопія має висловити пропоноване майбутнє в образах, бажаних «сьогодні», «через покоління», «через століття»; б) перелічені образи мають бути запропоновані у зворотній перспективі – символи асимптотичних цілей мають збігатися з кон'юнктурою сьогодення, а символи «сьогодні» мають відповідати цілям далекого майбутнього. В принципі, саме так у свій час пропонувався шлях до комунізму, який зараз повторює ініціатива транс гуманізму [2]. Ще одна умова – (в) – полягає в умінні вчасно робити зміну символів. Інформаційна модель «семіотичного атрактора» дозволяє зробити розрахунок темпу цього перекодування [4].

Отже, досвід утопій надзвичайно цінний для набуття умінь конструювати атрактори. Тут знову ж таки виявляє себе ще один локус для реального втручання філософії в діагностику та корекцію атракторів NBICS-технологій, оскільки сама філософія може бути зрозуміла як «утопія для культури», завданням якої є створення спектра нових ідеалів та нових цілей. Варто підкреслити, що в останні роки філософія NBICS-технологій зайнята не створенням асимптотичних цілей, а визначенням оптимальних способів життя «сьогодні». Досвід цих визначень може бути корисним для діагностики «семіотичних атракторів». Культурний ефект освіти залежить від настроєності формату найвищого його рівня, оскільки саме його вимоги «вхідного контролю» визначають параметри підсумків попередніх рівнів. Атрактори, що встановлюються в просторі освіти здатні вказати на дійсні устремління NBICS-технологій з того, в якому локусі буде потрібна підготовка фахівців. І найголовніше – яка буде ієрархія пріоритетів у цій освіті. Цю ієрархію встановлює система координат, задана в таблиці 2. Семантика цілей, представлена у ній, утворює дві осі. Горизонтальний поділ ставить вісь «свобода розуміти, що є благо»/«залежність від розуміння блага іншими», а вертикальний поділ проводить вісь «активність як сприяння власним цілям»/«пасивність як сприяння цілям інших». Перед нами – чотиривимірний фазовий простір освіти, який містить атрактори, які формуються цілями NBICS-технологій. Цікаво, що цими ж межами обмежені моделі біоетики, запропоновані Р. Вітчем.

Отже, культурна традиція бачить вершину освіти у контекстах альтруїзму, наука свої злети пов'язує з творчим початком технічної моделі, конвергентні технології свою майбутню висоту мають на меті досягти на основі потенціалів солідарності колегіальної моделі, а біоетика свої захисні функції покладає на можливості контрактної моделі. Розглянутий розподіл запитів щодо розвитку освіти переконує у відсутності домінуючої стратегії та нестійкості загальної динаміки, тому гуманітарне знання ще має шанс відіграти вирішальну роль.

Список використаних джерел

1. Горбунова, Л.С. Постнекласична раціональність: трансдисциплінарний дискурс в науці і освіті. Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Філософія. 2013. Вип. 40(1). С. 137-152.
2. Кобзева, І.О. Трансгуманізм і майбутнє людини: спроба філософсько-антропологічного осмислення. Мультиверсум. Філософський альманах. 2019. Випуск 3-4 (169-170). С. 3-12.
3. Chambers, T. The fiction of bioethics. London: Taylor&Francis Ltd., 2015. 459 p.
4. Semiotic Attractor: A Model for the NBICS-Technologies Coherence Management / K. Evdokimov, V. Kuznetsov, I. Melik-Gaykazyan, M. Melik-Gaykazyan. *Proceedings of The 27th International Business Information Management Association Conference*. May 4-5, 2016. Milan, IBIMA. P. 355-361.

ТРАВМА, ЗЦІЛЕННЯ, ІМУНІТЕТ: ВІД БІОПОЛІТИКИ ДО БІОЕТИКИ

Ріпа Андрій Анатолійович,
аспірант кафедри філософських і політичних наук,
Черкаський державний технологічний університет

1. Після відступу християнсько-месіанського дискурсу, що тримався в Європі аж до епохи пізнього модерну (фаустівська культура, прометеївський тип людини, діалектика розвитку), на його місце претендує дискурс постмодерний, світсько-стоїчний, із домінуванням психолого-біомедичного словника («турбота про себе» (М. Фуко), «евристика страху» (Г. Йонас), «гібридизація» природи і суспільства (Б. Латур) тощо).

2. Так, у суспільно-політичному та особливо гуманітарному полі сьогодні набувають популярності та максимально широкого вжитку такі терміни, як «травма» (замість традиційного страждання, випробувань долі); «зцілення», «одужання», «реанімація», (замість соціальної революції або трансформації); а також «резильєнтність», «іmunітет», «аутоіmunітет» відносно культури, суспільства, політики, що дало можливість у філософії говорити про «загальну імунологію» (П. Слотердайк) або «парадигму імунізації» (Р. Еспозіто). Ці терміни зосереджуються навколо певних мовно-поняттєвих загальних місць – топосів. Першою їх засвоїла політично-соціальна філософія в «біополітичній» формі, але тепер ці топоси набувають своє місце в біоетиці.

3. Топос «травми» – найочевидніший і найпоширеніший. Ідеться як про особистий травматичний досвід (тема ПТСР і т.п.), так і суспільні, історичні, національні травми; це знайшло відображення в гуманітарних науках, сучасному мистецтві, художній літературі (напр., «Криваві землі» історика Г. Снайдера, «Музей покинутих секретів» О. Забужко і т.д.).

4. Топос «лагодження» логічно впливає з попереднього пункту. Дослідники зауважили тенденцію до прагнення багатьох творів у наш час позиціонувати себе насамперед як засіб психічної підтримки, відновлення, дороговказу, віднайдення індивідуального або соціального добробуту. Література заохочує не стільки змінити світ, як полагодити його [6]. Найчастіше йдеться про полагодження чогось зламаного, внаслідок чого стають ще міцнішим (див. до прикладу: відомий роман про етичні дилеми трансплантації органів «Ладнати живих» М. де Керангаль (укр. вид-ня Нора-Друк, 2017), також див. фільм «Іржа та кістка» (реж. Ж. Одіар)). Доречно згадати в цьому сенсі впливові вчення про «тіккун» (*тіккун олам* – виправлення світу, що втратив гармонію) в юдейській теології Іцхака Лурії.

5. Утім, тема сили подається на тлі загального відчуття онтологічної крихкості (часто вираженої в термінах кризи). У суспільно-політичній дискурсі перейшло поняття *резильєнтності*, яке запропонував і розвинув психолог Б. Цирульнік [1]. Воно стало похідним від численних психоаналітичних досліджень *опірності* (здатність протидіяти, ступінь опору) [7]. В українській суспільній свідомості в контексті війни особливо утвердилося поняття і наратив «незламності».

6. «Парадигма імунізації» [5] підсумовує та об'єднує попередні спостереження і мовно-поняттєві топоси. У політичній філософії поняття (ауто)іmunітету розробляли Ж. Дерріда, П. Слотердайк, Р. Еспозіто [2, 8, 4, 3]. Після того, як «парадигма імунізації» утвердилася в біополітиці, вона поступово переходить у біоетику, працюючи з викликами пандемії, війни, безпековими стратегіями.

Список використаних джерел

1. Cyrulnik B. *The Whispering of Ghosts: Trauma and Resilience*, 2005.
2. Derrida J. Autoimmunity: Real and Symbolic Suicide. A Dialogue with Jacques Derrida. Giovanna Borradori. *Philosophy in a time of terror: dialogues with Jurgen Habermas and Jacques Derrida*. Chicago, London: University of Chicago Press, 2004. P. 85–136.
3. Esposito R. *Common Immunity: Biopolitics in the Age of the Pandemic*. Polity, 2023.
4. Esposito R. *Immunitas: the Protection and Negation of Life*, Cambridge: Polity, 2011.
5. Esposito R. The Immunization Paradigm // *Diacritics*, Vol. 36, No. 2, “Bios”, Immunity, Life: The Thought of Roberto Esposito (Summer, 2006). P. 23–48.
6. Gefen A. Les écrivains peuvent-ils changer le monde ? (Dévoiler et réparer) // *Sciences Humaines*, N° 321. Janvier 2020. Режим доступу: https://www.scienceshumaines.com/les-ecrivains-peuvent-ils-changer-le-monde_fr_41827.html
7. Kristeva J. *Sens et non-sens de la révolte: Pouvoirs et limites de la psychanalyse*. Paris, LGF, 1999.
8. Sloterdijk P. *Globes: Spheres. Vol. II: Macrospherology*. Los Angeles, Semiotext(e), 2014.

ВИКОРИСТАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ/МЕДИЧНОГО ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ЗМІНИ ОСОБИСТОСТІ

*Рижкова Світлана Євгенівна,
аспірант кафедри управління та економіки фармації,
Науковий керівник – Сепетий Дмитро Петрович,
доцент, д.філос.н., доцент кафедри суспільних дисциплін,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Найхарактернішою особливістю життя сучасної людини є те, що воно зумовлене постійним оновленням. Кожній людині іноді важко пристосовуватись до змін, долаючи певні сформовані звички. Проте оскільки сучасний світ швидко трансформується, особистість також мусить вдосконалюватися. Під вдосконаленням розуміються втручання з метою покращення людської форми або функцій. Тобто, йдеться не про перетворення на когось іншого, а про покращення власної особистості.

В цьому контексті заслуговує на увагу підхід, який пропонує нам американський дослідник проблем персональної ідентичності Девід Дегразія. У своїх працях він обговорює етичну доцільність медичних вдосконалень. Дегразія визначає вдосконалення як «будь-яке навмисне втручання, спрямоване на покращення існуючих здібностей або створення нової здібності в людині» (Degrazia 2013, 1). Слід зауважити, що таке розуміння вдосконалень, засноване на можливостях, передбачає, що вдосконалення також може бути формою медичної терапії. Тому відчуття того, що зміна особистості є загрозою для ідентичності, є недостовірним.

З кожним роком медичні вдосконалень стають все більш доступними. Людині краще звикнути до явища навмисної самотрансформації за допомогою таких засобів. Ці засоби часто включають фармацевтичні препарати або медичне втручання. Важливо зрозуміти, що самотрансформація не змінить Вашу ідентичність, того, ким Ви є, а може лише удосконалити Вас як особистість та покращити певні навички.

Список використаних джерел

DeGrazia, D. 2005. Enhancement Technologies and Human Identity. *The Journal of Medicine and Philosophy* 30: 261-283. DOI:10.1080/03605310590960166.

DeGrazia, D. 2000. Prozac, Enhancement, and Self-Creation. *The Hastings Center Report* 30(2): 34-40. DOI:10.2307/3528313.

DeGrazia, D. 2013. Moral enhancement, freedom, and what we (should) value in moral behaviour. *Journal of Medical Ethics* 40(6): 1-8. DOI:10.1136/medethics-2012-101157.

НОМО VIRTUALIS І БІОЕТИКА: ОСІ ПЕРЕТИНУ

*Чаплінський Ростислав Олександрович,
аспірант кафедри філософії та політології,
Науковий керівник: Ковтун Наталія Михайлівна,
д.філос. н., професор, завідувачка кафедри філософії та політології,
Житомирський державний університет імені Івана Франка*

Анотація. У дослідженні проаналізовано зміну життєвіту людини інформаційного суспільства внаслідок екскапізму віртуальної реальності, популяризації філософії трансгуманізму. У повсякденні Номо Virtualis технології сприяють досягненню «зони комфорту», а також пробуджують жагу вдосконалень себе шляхом деформації природи біосферної людини. З'ясовано, що стратегія людина – транслюдина – постлюдина актуалізувала біоетику з метою зберегти людину у новій реальності.

Ключові слова: інформаційне суспільство, віртуалізація, Номо Virtualis, трансгуманізм, біоетика

HOMO VIRTUALIS AND BIOETHICS: AXES OF INTERACTION

*Chaplinskyi Rostyslav Oleksandrovysh,
Graduate Student of Department of Philosophy and Poliology,
Zhytomyr Ivan Franko State University*

Abstract. The study analyzes the transformation of the life world of individuals in an information society due to the escapism of virtual reality and the popularization of transhumanist philosophy. In the everyday life of Homo Virtualis, technologies contribute to achieving the "comfort zone" and stimulate a desire for self-improvement through the deformation of the biospheric human nature. It is elucidated that the strategy of becoming a transhuman – posthuman has actualized bioethics with the aim of preserving humanity in this new reality.

Keywords: information society, virtualization, Homo Virtualis, transhumanism, bioethics.

Здобутки постнекласичної науки суттєво, подекуди кардинально, вплинули на розуміння як біосфери, так й антропосфери. Завдяки ґрунтовним міждисциплінарним дослідженням матерії (насамперед йдеться про мікро- та нанорівні) спостерігається інтенсифікація темпу науково-технічного і науково-технологічного прогресу (Hi-Tech, Hi-Hume тощо). В умовах глобалізації, конвергенції соціальних та інформаційних технологій, віртуалізації соціального буття антропосфера набула якісно нових сутнісних характеристик. Екстапизм віртуальної реальності, віртуалізація суспільства як новий етап соціокультурного генезу посилюється завдяки тому, що індустрія інформаційних технологій в органічній єдності з Internet не обмежується лише присутністю в різних сферах людської діяльності. Врешті сучасна людина не мислить своє життя без гаджетів і поза Internet. Перебуваючи в ситуації віртуальної реальності, людина вирішує майже всі актуальні проблеми свого існування. Її цифровий життєсвіт з позиції інформаційно-технологічного оптимізму характеризується численними перевагами: від використання «розумних» речей до покращення «можливостей людини завдяки створенню нейроінтерфейсів системи “людина–комп’ютер”» [1, с. 41].

В цілому суперечливий життєсвіт сучасної людини в епоху невизначеності характеризується метафорою «рідинної сучасності» (З. Бауман), тобто сучасності звільненої від будь-яких бар’єрів із такими атрибутивними ознаками, як пластичність, швидкоплинність, усепроникність. У ній домінує «кліпове мислення», адже, за Е. Тоффлером, кліпова свідомість «стає основною формою сприйняття дійсності ... і єдиною можливим рішенням стає збирати світ наосліп, особливо найзабавніші його черепки» [4, с. 356], відбувається сприйняття «тут і тепер», якому властива фрагментарність інформаційного потоку, алогічність, відсутність цілісної картини сприйняття.

Важко не погодитись із міркуванням Л. Нікітіна, що, по-перше, головна небезпека зіткнення з віртуальною реальністю полягає в тому, що вона втягує, прилучає людину до світу ілюзій, впливаючи на людську психіку, за деякими даними, всемеро сильніше, ніж найпотужніші наркотичні засоби; по-друге, втягування у віртуалістику нерідко викликає зростання насильства, агресії та інших соціально небезпечних явищ; по-третє, віртуальна реальність формує уявлення індивіда на «новому оберті пізнання буття»; по-четверте, віртуальність сприяє виробленню не тільки нового різновиду людської діяльності, але й не менш специфічної «віртуальної» поведінки [3, с. 55–56].

У зв’язку із цим Е-Номо (Homo Informaticus, Homo Virtualis) не є феноменом / проблемою далекого майбутнього. На думку української дослідниці С. Купепал, Homo Virtualis – «людина інформаційного суспільства, котра має сприйматися як частина світу, суб’єктивність та інтерсуб’єктивність якої формує не лише суспільство, а й новітні технології та засоби комунікації» [2, с. 200]. У повсякденні сучасної людини інформаційні технології й віртуальні системи забезпечили синтез на рівні створюваних та імплементованих виробничих і соціальних відносин. Зазначене окреслює нові аспекти буття людини, фіксує нові проблеми.

Віртуалізація й технократизм інформаційного суспільства актуалізували жагу вдосконалення людини шляхом деформації природи біосферної людини. Філософія трансгуманізму просякнута ідеєю подолати біологічну обумовленість людини, позбавити її від страждань, старіння, посилити фізичні, розумові і психологічні її можливості. Пріоритетними напрямками трансгуманістичної думки стали супердовговічність, суперінтелект і суперістота. Ідеї трансгуманізму, їх переваги й ризики, отримали втілення в поп-культурі: фільми «Робокон», «Гаттака», «Острів», серіал «Видозмінений вуглець», політична сатира комікс «Трансесметрополітен», гра «Кіберпанк 2077» тощо. Стратегія людина – транслюдина – постлюдина пробудила страхи людини й вкотре актуалізувала біоетику.

Серед усіх цих викликів, на нашу думку, домінує ризик руйнування технологіями. Те, що раніше було людині недосяжне, завдяки біоінженерії та штучному інтелекту стало досяжним. Зокрема на це звертає увагу у своїх міркуваннях про майбутнє людства Ювал Ной Харарі [5]. Науковець тлумачить майбутнє у парадигмі Homo Sapiens versus Homo Deus. Він наголошує, що Homo Sapiens поступається Homo Deus, адже це така людина, яка еволюціонувала завдяки розвитку техніки, нанотехнологій, отримала численні переваги, надзвичайні здібності. При цьому Homo Sapiens часто залишається на маргінесах у всіх сферах соціального буття, позбавлена впливу на прийняття рішень.

Отже, людина Homo Virtualis уже засвоїла трансгуманістичні цілі, вона готова до змін й фактично опиняється в «точці неповернення». Керована жагою вдосконалень вона потрапляє у новий світ, де ще у стадії становлення етичні імперативи, вимоги і критерії використання науки й технологій, межі можливого втручання у людське тіло. Відтак біоетика опиняється на сторожі людини, регламентуючи межі й кордони втручання технологій, щоб не стали пророчими песимістичні слова М. Фуко, за якими людина зникне, як зникає обличчя, намальоване на піщаному березі.

Список використаних джерел

1. Кравченко Т. О. Технології, які змінюють суспільство. Суспільство, що трансформує етику (філософський аналіз). *Молодий учений*. 2017. № 3 (43). С. 38–44.
2. Куцепал С. В. Homo virtualis як продукт культури інформаційного суспільства. *Гілея: науковий вісник : Збірник наукових праць*. 2009. Випуск 25. С. 195–201.
3. Нікітін Л. Віртуальна реальність як соціальне явище. *Філософська думка*. 1999. № 6. С. 43–58.
4. Тоффлер Е. Третя хвиля. / пер. з англ. А. Євса. Київ : Видивничий дім «Всесвіт», 2000. 452 с.
5. Ювал Ной Харарі. Homo Deus. Людина божественна: За лаштунками майбутнього. Київ : BookChef, 2018. 464 с.

СЕКЦІЯ 3. ЕКОЦИД ТА ЗЛОЧИНИ ПРОТИ ДОВКІЛЛЯ: БІОЛОГІЧНИЙ, МЕДИЧНИЙ ТА СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКИЙ АСПЕКТИ

ЕКОЦИД ЯК ТАКТИКА ГЕНОЦИДУ В УКРАЇНІ В ПЕРІОД РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ

*Вітюк Ірина Костянтинівна
к.філос.н., доцент, доцент кафедри філософсько-історичних студій
та масових комунікацій, Державний університет "Житомирська політехніка"*

Анотація. Екологічна безпека є однією з важливих складових безпекової системи сучасного світу. Політика Росії щодо України у процесі ведення бойових дій на території України є екоцидною. Екоцид в Україні розглядається як тактика геноциду. Україна приєдналася до ініціативи зарахування екоциду до злочинів проти людства.

Ключові слова: екологічна безпека, безпекові загрози, екоцид.

Abstract. Environmental safety is one of the important components of the security system of the modern world. Russia's policy towards Ukraine in the process of conducting hostilities on the territory of Ukraine is ecocidal. Ecocide in Ukraine is considered a genocidal tactic. Ukraine joined the initiative to include ecocide as a crime against humanity.

Key words: environmental safety, environmental threats, ecocide.

Проблема екологічної безпеки посідає важливе місце у системі безпекових загроз сучасної цивілізації. Згубний вплив людини на довкілля посилюється в періоди локальних та глобальних військових конфліктів. Із 70х рр. ХХ ст. активно починає використовуватися термін "екоцид" для позначення знищення великих територій довкілля внаслідок людської діяльності [2]. У міжнародному праві екоцид входить до переліку тяжких злочинів, ведуться дискусії щодо прирівняння екоциду до злочинів проти людяності та геноциду. У кримінальному кодексі України під екоцидом розуміють "масове знищення рослинного або тваринного світу, отруєння атмосфери або водних ресурсів, а також вчинення інших дій, що можуть спричинити екологічну катастрофу" [5].

Запобігання злочинам проти природи передбачає високий рівень відповідальності людини та ретельний контроль з боку офіційних інституцій, оскільки "жертва" таких злочинів не спроможна відстоювати свої права. Проте державні та недержавні інститути виявляються безсилими в умовах військових дій. Так, з початком вторгнення Росії в Україну у 2014 році частина територій виявилася поза сферою впливу нашої держави, що відповідно позначилося на екосистемі України. Тимчасово окуповані Луганська та Донецька області, на території яких перебуває велика кількість грінчовидобувних підприємств, зокрема 220 шахт [3], які є об'єктами критичної інфраструктури і становлять потенційну небезпеку для довкілля та населення. Серед ризиків безконтрольної експлуатації лише шахт можна виділити ті, які можуть мати пролонговані наслідки: зокрема забруднення ґрунтів, забруднення вод, радіаційне забруднення.

Станом на 11 жовтня 2023 р. збитки довкіллю від російсько-української війни оцінюються у розмірі 2108 млрд гривень: від забруднення повітря – 1078,8 млрд, ґрунтів і землі – 984,4 млрд, води – 60,7 млрд гривень. За півтора раки війни з моменту повномасштабного вторгнення було зареєстровано понад 2500 звернень щодо злочинів росіян проти довкілля [6].

Серед найбільш серйозних загроз довкіллю – загроза радіаційного забруднення. На території України джерелом такої загрози може стати ЧАЕС, яку окупанти захопили ще в перші дні вторгнення, а також найбільша у Європі діюча атомна електростанція – Запорізька. Якщо з ЧАЕС російські війська вийшли у квітні 2022 року, то ЗАЕС залишається окупованою і використовується у тактиці ядерного шантажу. Станом на 20 січня 2024 року за даними МАГАТЕ, ЗАЕС було повторно замінено по периметру в буферній зоні, недоступній для персоналу станції [7].

Українські території зазнають забруднень внаслідок ведення безпосередніх бойових дій, внаслідок обстрілів та бомбардувань, замінувань, що робить їх непридатними для проживання та ведення сільського господарства. Під окупацією опинися значна частина природоохоронних територій, зокрема 900 об'єктів природо-заповідного фонду площею 12406,6 кв.м., що становить третину природно-заповідного фонду України [4]. Масові бомбардування об'єктів енергетичної інфраструктури в період опалювального сезону 2022-2023 рр. стали причиною значного забруднення повітря.

Прямим наслідком злочинної діяльності росіян в Україні стала одна з найбільших техногенних катастроф війни – підлив Каховської ГЕС 6 червня 2023 року.

15 вересня 2023 року внаслідок другого засідання Міжнародної робочої групи щодо екологічних наслідків війни було ухвалено рамковий документ щодо цілісного плану екологічного відновлення України від наслідків війни [1].

Ці та інші випадки екоциду в Україні стали підставою для приєднання України до ініціативи за додавання до списку злочинів проти людства ще й екоциду.

Екоцид в Україні періоду російсько-української війни є частиною політики Росії проти України, яку цілком правомірно можна кваліфікувати як "екоцидну". Екоцид Росії має на меті перетворення території України на несприятливу для проживання, витіснення з неї населення, або його знищення. У такому контексті екоцид порушує основоположні права людини на життя та здоров'я і є тактикою геноциду в Україні.

Список використаних джерел

1. Абул С. Ухвалено рамковий документ Міжнародної робочої групи щодо плану екологічного відновлення України.
URL: https://lb.ua/society/2023/09/16/575075_uhvaleno_ramkoviy_dokument.html
2. Ecocide. URL: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/ecocide>
3. Екологічна ситуація на території Донецької та Луганської областей.
URL: <https://truth-hounds.org/ekologichna-sytuacziya-na-terytoriyi-doneczkoyi-ta-luganskoyi-oblastej/>
4. Інформація про наслідки для довкілля від російської агресії в Україні 24 лютого – 18 березня 2022 року. Міністерство захисту довкілля та природних ресурсів України. 21 березня 2022.
5. Кримінальний кодекс України від 05.04.2001. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2001, № 25-26, ст. 131. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text>
6. Лубінець Д. Довкілля – мовчазна жертва війни: як російська армія вчиняє екологічні злочини й порушує права людини.
URL: https://lb.ua/blog/dmytro_lubinets/581276_dovkillya_movchazna_zhertva_viyini_yak.html
7. МАГАТЕ: російські війська знову замінували Запорізьку АЕС.
URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-economy/3815827-magate-rosijski-vijska-znovu-zaminuvali-zaporizku-aes.html>

НАСЛІДКИ ЕКОЦИДУ НА ТЛІ ВІЙНИ: ЕКОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ СТАНУ ВОДНИХ РЕСУРСІВ У М. ЗАПОРІЖЖЯ

*Крупей Кристина Сергіївна,
к. біол. н., ст. викладач кафедри мікробіології, вірусології та імунології,
Кравченко Гліб Володимирович,
студент 4-го курсу,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Вступ. Попередній науковий аналіз екологічних наслідків хімічного забруднення від ракетних обстрілів на територіях та акваторіях України показав, що з початку повномасштабного російського вторгнення в Україну великі обсяги руйнувань призвели до екологічної катастрофи [2, с. 332]. Вчинені дії російськими військовими можна назвати екоцидом, оскільки вони представляють серйозну загрозу для навколишнього середовища та життя населення. Виходячи з цього, **актуальність** роботи обумовлена необхідністю комплексного екологічного моніторингу в умовах війни, а також після техногенної катастрофи, що сталася 6 червня 2023 року – підриг греблі Каховської ГЕС. **Мета дослідження** – провести комплексне дослідження якості води м. Запоріжжя з порівняльним аналізом санітарно-епідеміологічних і гідрохімічних показників.

Матеріали та методи. Забір проб води для аналізу робили 27 липня 2023 року. Точки відбору проб водогінної води у м. Запоріжжя були наступні: 1 – Вознесенівський р-н; 2 – Олександрівський; 3 – Комунарський. Місця відбору проб дніпровської води у м. Запоріжжя включали: 1 – пляж «Правобережний»; 2 – пляж «Центральний»; 3 – пляж ДЮСШ «Локомотив». Мікробіологічну оцінку зразків води проводили за 2-ма показниками: загальне мікробне число (далі – ЗМЧ), яке визначали глибинним методом, та колі-індекс – кількість лактозопозитивних бактерій групи кишкової палички (далі – ЛКП) – титраційним методом (двофазним бродильним) [1, 3-5]. Дані гідрохімічних аналізів державного моніторингу вод в частині проведення Держводагентством спостережень на масивах поверхневих вод, забір води з яких здійснюється для задоволення питних і господарсько-побутових потреб населення, були надані нам Басейновим управлінням водних ресурсів річок Приазов'я.

Результати. ЗМЧ питної води перевищувало норму в усіх пробах (норма – 50 КУО/см³). Найвищий показник ЗМЧ зареєстрований у 3-му зразку – 214±11,9 (в 2,4 та 1,4 раза більше ніж в 1-му та 2-му, відповідно). Вода з р. Дніпро у всіх місцях водозабору також характеризувалася високими показниками ЗМЧ. Найвище ЗМЧ було у зразку № 3 (18350±220,2 КУО/см³). У зразку № 1 та № 2 ЗМЧ було в 1,5 та 2 рази нижче, відповідно, ніж в 3-му місці забору води (12200±231,8 та 8960±188,2 КУО/см³). За колі-індексом питна вода у зазначених місцях забору води не перевищувала нормативи (норма – < 3 ЛКП в 1 дм³ води). Колі-індекс дніпровської води у всіх 3-х зразках перевищував норму (норма – < 5000 ЛКП в 1 дм³ води). При засіванні води із Запорізького водосховища (зразок № 1) у глюкозо-пептонне середовище (далі – ГПС) визначили, що колі-індекс склав 21000 (вище норми в 4,2 раза). У зразку № 2 колі-індекс перевищував норму в 14 раз – 70000. Вода з 3-го місця водозабору характеризувалася найвищим показником – > 240000 (вище норми в 48 раз та більше). При пересіванні матеріалу з флаконів, де було помутніння та газоутворення, на середовище Ендо виявили лактозо+, Гр- та оксидазо- культури. Домінантні морфотипи, що виростили на МПА у всіх зразках – палички, актиноміцети, бацили та клостридії, які є характерними для прісноводних екосистем.

Аналіз гідрохімічних показників дніпровської води проводили в тих самих місцях водозабору, але вивчали їх у динаміці. Водневий показник у всіх точках водозабору протягом червня 2023 року не перевищував норму (6,5–8,5). Сухий залишок, який визначали лише у зразку на території пляжу «Правобережний», був у межах 246,50–259,90 мг/дм³ (норма – до 1000 мг/дм³). Сульфати в цьому місці водозабору також не перевищували гранично-допустимі концентрації (далі – ГДК) – 500 мг/дм³. Вміст хлоридів визначали у всіх місцях відбору проб дніпровської води, їх концентрація коливалася від 23,80 до 29,80 мг/дм³, що значно нижче показників ГДК (350 мг/дм³). Вміст нітратів та нітритів також був в межах норми на досліджених точках забору води (3,3 та 45 мг/дм³, відповідно). БСК-повне (біохімічне споживання кисню) незначно перевищувало норму 16 червня та 26 червня 2023 року на території пляжу «Центральний» та «Правобережний», відповідно. Показник ХСК (хімічне споживання кисню) на території пляжу «Правобережний» майже у всі дні водозабору перевищував ГДК (від 31,0 до 38,0 О₂/дм³). Проте 12 червня 2023 року ХСК було в межах норми – 28,00 О₂/дм³.

Висновки. Питна вода проаналізованих зразків у м. Запоріжжя влітку 2023 року не відповідає нормам за ЗМЧ, але відповідає за колі-індексом. Це свідчить про якісне хлорування й обробку води комунальними службами, а збільшення ЗМЧ може бути як наслідком застарілих водогінних комунікацій у конкретних будівлях, так і великої кількості спороутворюючих культур в р. Дніпро. Водночас при дослідженні дніпровської води, окрім високих значень ЗМЧ, також виявили суттєво підвищений колі-індекс. Це може свідчити як про потрапляння до води великої кількості продуктів розкладання органічних решток, сміття, каналізаційних стоків через військові дії, так і про сезонні коливання температури. В будь-якому випадку такі показники повинні насторожувати та вимагають ретельного контролю і моніторингу, оскільки р. Дніпро протікає безпосередньо через місто, і екологічний стан цього водного об'єкта тісно пов'язаний зі здоров'ям мешканців нашого регіону. Для запобігання поширенню спалахів кишкових інфекцій необхідно продовжувати запровадження протиепідемічних заходів, а саме заборони на плавання та виловлювання риби у р. Дніпро. Спалахи інфекцій у літній сезон є серйозною проблемою і в мирний час, але протягом війни ця проблема загострюється ще сильніше, оскільки медична система перевантажена пораненими військовими й мешканцями ТОТ.

Список використаних джерел

1. Гігієнічні нормативи якості води водних об'єктів для задоволення питних, господарсько-побутових та інших потреб населення : наказ МОЗ України від 02.06.2022 № 721.
2. Крупей К. С., Рябко І. Ю. Екологічні наслідки ракетних обстрілів територій і акваторій України в умовах війни / I Міжнародна науково-практична конференція «Подолання екологічних ризиків та загроз для довкілля в умовах надзвичайних ситуацій» (26-27 травня 2022 р., м. Полтава). 2022. м. Полтава : НУПП. С. 332-334.
3. Про затвердження Державних санітарних правил планування та забудови населених пунктів : наказ МОЗ України від 19.06.1996 № 173 (із змінами, внесеними згідно з Наказами МОЗ України № 362 та № 653).
4. Про затвердження Державних санітарних норм та правил «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною» : наказ МОЗ України від 12.05.2010 р. № 400 (із змінами, внесеними наказами МОЗ України від 18.02.2022 р. № 341).
5. Про затвердження методичних вказівок «Санітарно-мікробіологічний контроль якості питної води» : наказ МОЗ України від 03.02.2005 № 60.

ЕКОЦИД ТА ЗЛОЧИНИ ПРОТИ ДОВКІЛЛЯ: БІОЛОГІЧНИЙ ТА МЕДИЧНИЙ АНАЛІЗ

*Метеленко Наталя Георгіївна
доктор економічних наук, професор,
Директорка Інженерного навчально-наукового інституту ім. Ю.М.Потебні
Запорізького національного університету*

Анотація. Тема "Екоцид та злочини проти довкілля: біологічний та медичний аналіз" є дуже актуальною в сучасному світі, оскільки проблеми екології та порушення природних ресурсів стають все більш серйозними та загрожують довкіллю та людським життям. Екоцид та злочини проти довкілля - це глобальні проблеми, які потребують міжнародної співпраці. Біологічний та медичний аналіз може висвітлити масштаби проблеми та визначити спільні підходи до її розв'язання.

Abstract. The topic "Ecocide and crimes against the environment: biological and medical analysis" is very relevant in today's world, because the problems of ecology and violation of natural resources are becoming more and more serious and threaten the environment and human life. Ecocide and crimes against the environment are global problems that require international cooperation. Biological and medical analysis can highlight the scale of the problem and identify joint approaches to its solution.

Екоцид та злочини проти довкілля - це глобальні проблеми, які потребують міжнародної співпраці. Біологічний та медичний аналіз може висвітлити масштаби проблеми та визначити спільні підходи до їх розв'язання. Усі ці аспекти обґрунтовують актуальність теми та вказують на необхідність глибшого вивчення біологічних та медичних аспектів екологічних проблем. Осмислення цих аспектів може сприяти розробці інтегрованих стратегій для вирішення екологічних викликів та збереження природи для майбутніх поколінь. Основні аргументи для обґрунтування цієї теми включають біологічні та медичні аспекти, які вказують на серйозні наслідки для природи та здоров'я людини. Поняття "екоцид" набуває все більшої уваги у юридичному контексті. Біологічний

та медичний аналіз можуть служити основою для розробки ефективних нормативно-правових актів та стандартів, спрямованих на запобігання екологічним злочинам та покарання винних. Екологічні злочини та екосистемний стрес можуть призвести до втрати біорізноманіття, що відбувається через знищення природних середовищ, забруднення водойм та повітря. Біологічний аналіз може вказати на те, як це впливає на різноманіття видів, екосистемні послуги та екологічну рівновагу. Екосистеми, такі як ліси, водойми та ґрунти, забезпечують ключові екологічні послуги, такі як очищення повітря та води, полонізація, регулювання клімату та інші. Їх зруйнування призводить до серйозних наслідків для всього біосферного співвідношення, що може бути виявлено за допомогою біологічного аналізу. Злочини проти довкілля сприяють кліматичним змінам, що може впливати на розповсюдження векторних хвороб, збільшення екстремальних погодних умов та появу інших кліматично зумовлених проблем, які впливають на здоров'я людини. Здоров'я екосистем тісно пов'язане зі здоров'ям людей. Медичний аналіз може підкреслити важливість спільної відповідальності суспільства, господарств та міжнародних організацій у збереженні природних ресурсів для майбутніх поколінь. Розвиток нових технологій у сфері біології та медицини дозволяє більш ефективно визначати вплив екологічних факторів на здоров'я. Інновації можуть включати розробку нових методів діагностики забруднень, вивчення адаптаційних стратегій екосистем та розробку екологічно чистих технологій. Усі ці аспекти підкреслюють актуальність теми, оскільки вони демонструють глибокий зв'язок між станом довкілля та загрозами для здоров'я людини, а також наголошують на необхідності прийняття ефективних заходів для захисту природи і людського здоров'я. Медичний аналіз дозволяє досліджувати вплив забруднення довкілля на здоров'я людини. Токсичні речовини та викиди можуть спричиняти різні захворювання, включаючи респіраторні, серцево-судинні та онкологічні захворювання. Врахування біологічного та медичного аспектів екологічних проблем може сприяти розробці сталих та ефективних стратегій для запобігання екологічним злочинам та відновлення природних ресурсів. Висвітлення біологічних та медичних наслідків екологічних проблем може збудити інтерес та усвідомленість серед громадськості. Це може вести до активного участі громадськості у заходах з охорони довкілля та впливати на владу для впровадження необхідних заходів. Ряд країн світу уже впроваджують концепції та практики, які враховують біологічний та медичний аспекти екологічних проблем. Країни Європейського Союзу активно розробляють та впроваджують стратегії щодо зменшення викидів, покращення якості повітря та води, а також захисту біорізноманіття. Досвід таких країн може слугувати цінним джерелом навчання для розв'язання подібних проблем в інших регіонах. Концепція "зеленої економіки" базується на ідеї сталого розвитку та включає в себе використання екологічно чистих технологій, збереження природних ресурсів та сприяння відновленню екосистем. Ця концепція може виявитися ефективною в боротьбі з екоцидом та злочинами проти довкілля. Збереження довкілля та свідоме використання природних ресурсів можна почати з освітніх програм. У світі існують міжнародні угоди та конвенції, спрямовані на захист навколишнього середовища. Наприклад, Паризька угода зосереджується на обмеженні глобального потепління, а конвенція про біорізноманіття забезпечує заходи для збереження біологічної різноманітності. Врахування біологічного та медичного аспектів екологічних проблем в контексті принципу "забезпечення вимірюваності та відповідальності" дозволяє ефективніше контролювати та визначати вплив господарської діяльності на природу та здоров'я людини. Багато успішних ініціатив у сфері екології ґрунтуються на активній участі та підтримці громадянського суспільства. Організації, що об'єднують вчених, лікарів, екологів та громадськість, можуть впливати на формування політики та втілення конкретних проектів для збереження навколишнього середовища. Загальна концепція екоциду та злочинів проти довкілля полягає в тому, щоб інтегрувати біологічний та медичний аспекти в розробку стратегій та політик для боротьби з екоцидом та злочинами проти довкілля. Засвоєння зарубіжного досвіду та концепцій дозволить ефективніше вирішувати екологічні виклики та забезпечити сталий розвиток. Розробляючи стратегії збереження довкілля та боротьби з екоцидом, необхідно врахувати наступні підходи та особливості. Збереження довкілля та свідоме використання природних ресурсів можна почати з освітніх програм. Країни, які вже успішно впроваджують концепцію "зеленої економіки", акцентують на інтеграції екологічних питань у шкільні та вищі навчальні програми. Деякі країни вживають заходів для обмеження або повного заборонення використання небезпечних хімічних речовин у виробництві та побуті. Це дозволяє попереджати забруднення та мінімізувати вплив на здоров'я людей та навколишнє середовище. Країни, що активно розвивають відновлювані джерела енергії, сприяють не лише екологічній стійкості, але й зменшенню викидів парникових газів. Фінансові стимули для використання сонячних, вітряних та гідроенергетичних технологій можуть слугувати прикладом для

інших країн. Успішні країни надають пріоритет науковим дослідженням у галузі екології та медицини для вивчення впливу забруднень на здоров'я людини. Такі дослідження допомагають створювати ефективні заходи для попередження хвороб, пов'язаних із забрудненням. Країни можуть активно співпрацювати на міжнародному рівні, обмінюючись досвідом та кращими практиками щодо охорони довкілля та протидії екоциду. Міжнародні партнерства можуть допомагати спільно вирішувати глобальні екологічні виклики. Успішні країни сприяють активній участі громадян у процесах прийняття рішень та впровадженні екологічних програм. Це може включати підтримку громадських організацій, які виступають за екологічні права та здоров'я населення. Урахування цих концепцій та практик може слугувати прикладом для вирішення екологічних проблем в різних частинах світу та сприяти утворенню стійких та ефективних стратегій для боротьби з екоцидом та злочинами проти довкілля. Деякі країни вживають заходів для обмеження або повного заборонення використання небезпечних хімічних речовин у виробництві та побуті. Це дозволяє попереджати забруднення та мінімізувати вплив на здоров'я людей та навколишнє середовище. Країни, що активно розвивають відновлювані джерела енергії, сприяють не лише екологічній стійкості, але й зменшенню викидів парникових газів. Фінансові стимули для використання сонячних, вітряних та гідроенергетичних технологій можуть слугувати прикладом для інших країн. Успішні країни надають пріоритет науковим дослідженням у галузі екології та медицини для вивчення впливу забруднень на здоров'я людини. Такі дослідження допомагають створювати ефективні заходи для попередження хвороб, пов'язаних із забрудненням. Країни можуть активно співпрацювати на міжнародному рівні, обмінюючись досвідом та кращими практиками щодо охорони довкілля та протидії екоциду. Міжнародні партнерства можуть допомагати спільно вирішувати глобальні екологічні виклики. Успішні країни сприяють активній участі громадян у процесах прийняття рішень та впровадженні екологічних програм. Це може включати підтримку громадських організацій, які виступають за екологічні права та здоров'я населення. Урахування цих концепцій та практик може слугувати прикладом для вирішення екологічних проблем в різних частинах світу та сприяти утворенню стійких та ефективних стратегій для боротьби з екоцидом та злочинами проти довкілля. Країни, що долучають значний значок до охорони навколишнього середовища, активно підтримують екологічну сертифікацію та впровадження стандартів для підприємств. Вони сприяють розвитку "зеленої" індустрії, де продукція та послуги відповідають високим екологічним стандартам. Успішні країни вдосконалюють системи утилізації та переробки відходів, спрямовуючи їх на вторинні ресурси та мінімізуючи викиди шкідливих речовин. Заходи, спрямовані на зменшення кількості сміття та його безпечну обробку, допомагають уникнути негативного впливу на природу та здоров'я. Країни, які приділяють увагу інноваціям, активно впроваджують та розвивають екологічно чисті технології.

Список використаних джерел

1. 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.

УРБІЦИД ТА ЕКОЦИД В УМОВАХ ВІЙНИ.

*Тихомірова Фаріда Ахняєвна,
к.ф.н., доцент, доцент кафедри філософії факультету історії та філософії
Одеського національного університету імені І.І. Мечникова*

Важливою темою сучасних міждисциплінарних наукових досліджень і багатьох культурних практик стають урбіцид та екоцид в умовах війни. Різні дисципліни досліджують проблеми «вбивства міста», «смерті міста», «руйнування міста», «міської травми» [1], [2]. «Урбіцид» буквально означає «знищення міста», а ширше – «насильство над містом». Ця концепція описує особливу політику та стратегію руйнування міської тканини та міст з метою управління, переміщення або відчуження населення. Професор Манчестерського університету Мартін Ковард, який є одним із ключових сучасних дослідників феномену урбіциду, визначив урбіцид як форму геноцидальних практик проти міст та урбаністичних об'єктів [1], [3].

Приклади знищення міст відомі з давніх часів. Під час Другої світової війни були сильно зруйновані Варшава, Лондон, Гданськ, Ковентри, Дрезден, Любек, Берлін, Роттердам. Але руйнування міст внаслідок землетрусу в Армєнії у 1988 році (Спітак, Гюмри, Ванадзор) та на кордоні Турції та Сирії у 2023 році, теракт 11 вересня 2001 року в Нью-Йорку є актами невоєнного

урбіциду, вони трапилися поза війною. Поняття урбіцид використовувалося також для опису цілеспрямованого знищення міст Сараєво та Вуковар. Цей термін застосовувався до інших випадків руйнування міст, включаючи війни в Іраку, Сирії та Україні. Концепція військового урбіциду вперше була популяризована в дослідженнях Голокосту та геноциду після спустошення міст під час Балканських війн 1990-х років. В контексті урбіциду також важливо розглянути термін «екоцид». Поняття урбіциду та екоциду дуже тісно пов'язані. Екоцид, як прояв урбіциду, являє собою навмисне або недбале знищення екосистем і природного середовища в межах міських територій. Екоцид – масове знищення рослинного чи тваринного світу, отруєння атмосфери чи водних ресурсів, а також вчинення інших дій, які можуть спричинити екологічне лихо, екологічний тероризм. І ці дії цілком підпадають під визначення екоциду. Особливо тяжкою формою екоциду є військовий екоцид - порушення екосистем середовища існування людини в результаті військових дій, які мають військово-політичну мету. У більшості випадків екоцид і урбіцид дослідники розглядають окремо. Сприймаються чисельні спроби типології урбіциду (прямий та непрямий, військовий та невійськовий, культурний, тощо).

Нами запропоновано типологію урбіциду на основі структурної онтології А.І. Уймова. Основними категоріями структурної онтології А. І. Уймов вважав речі, властивості та відношення. Він розглядав реїстичні, атрибутивні та реляційні різновиди аналізу та синтезу[4]. А. І. Уймов також пропонував розрізняти три види аналізу і синтезу, логічних операцій, на яких базуються класифікація і типологія. На основі категорії «річ» у ПЗТС розглядається реїстичний аналіз (від лат. «res» — річ). На думку А.І. За Уймовим, реїстичний аналіз - це виділення частин досліджуваної речі (об'єкта). Частини об'єкта, які виділяються в реїстичному аналізі, також є речами. У структурній онтології А. І. Уймова речі можуть мати як просторові, так і якісні межі. Ідею А. І. Уймова про якісні межі ідей можна розглядати по відношенню не тільки до матеріальних тіл, а й до ідеальних.

Ми пропонуємо вважати фізичне знищення та розправу над мешканцями міста реїстичним урбіцидом. Майже всі повністю (або 80-90%) зруйнованих міст знаходяться на Донбасі. Найяскравішим прикладом руйнівних дій окупантів є Маріуполь, який був знищений бомбардуваннями з початку повномасштабного вторгнення у 2022 році.

Атрибутивний урбіцид призводить до змін властивостей соціоекосистеми та якості життя в місті. Початки атрибутивного урбіциду (облога фортець) закладені в античні часи. Однією з найдавніших облог вважається облога Бактри в 2130 році до нашої ери. У ХХ ст. століття сенс класичної облоги фортець майже зник, але засобом реалізації урбіциду може бути примушування громадян до міграції з міста, для чого навіть не потрібно руйнувати житлові будинки в ньому. Повне позбавлення цивільного населення продовольства та води тепер зазвичай вважається військовим злочином. Блокада Ленінграда, Сараєво і руйнування інфраструктури в Україні також є прикладами саме атрибутивного урбіциду.

Урбіцид реляційного типу – масове та сплановане навмисне руйнування урбаністичних об'єктів, що не мають військового призначення: лікарень, крамниць, житлових будинків, парків, публічних просторів тощо. Здебільшого це можуть бути об'єкти, що мали символічне значення: церкви, пам'ятки, музеї. Руйнування основ національної ідентичності (в даному випадку – міст та міського способу життя українців) є складовою чи проявом геноциду. До такого розуміння схиляються розробники концепцій урбіциду М. Ковард, М. Шоу та інші дослідники.

Урбіцид, здійснений в Україні, дає багато аргументів на користь такої думки. Адже знищення українських міст є лише одним із багатьох проявів російської агресії, суть якої полягає у намірах знищити Україну та українську ідентичність загалом. Російська армія нищить українські міста одночасно з примусовим вилученням дітей, культурним геноцидом та іншими задокументованими проявами геноциду українців. Урбіцид слід розглядати не лише як форму насильства проти людей та їхніх міст, а як військову чи політичну стратегію. У певному сенсі ми можемо розглядати поняття екоциду як родові поняття для урбіциду. Дійсно, поняття екоцид вживається частіше і звучить голосніше, ніж урбіцид. Концептуалізація екоциду випереджає концептуалізацію урбіциду. Якщо термін урбіцид поки вживають лише деякі дослідники, то термін екоцид виходить за межі наукової спільноти й активно входить у сферу державної законотворчої творчості, публічних дискусій та ЗМІ. Найближчим часом необхідна концептуально-дискусивна ініціатива міжнародної міждисциплінарної спільноти урбаністів щодо урбіциду через надзвичайну важливість цієї проблеми для всього людства. Реконструкція міст стосується не стільки архітектури та урбанізму, скільки реконструкції суспільства, тому що міста (громади) є первинним соціальним середовищем, у якому ми живемо, яке формує наше відчуття життя і через які ми формуємо суспільство, в якому живемо.

Список використаних джерел

1. Ковард Мартін, Мезенцев Костянтин : «Урбіцид – це «вбивство міста». Форм і видів цього явища, на жаль, існує чимало»
<https://static1.squarespace.com/static/5ca2608ab914493c64ef1f6d/t/60d7479cf8e7e5461534dd07/1624721314430/SE+Foundation+Commentary+and+core+text+revised+%281%29.pdf>
Дата звернення: 05.02.23
2. Михайлова, О. Урбіцид – стратегія російських окупантів в російсько-українській війні.
<https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/urbitsyd-stratehiya-rosiyskykh-okupantiv-v-rosiysko-ukrayinskiy-viyni> Дата звернення: 15.10.22
3. Рачков Є. Знищення, збереження та переосмислення міської культурної спадщини України під час російсько-української війни.
https://www.researchgate.net/publication/370083696_Destruction_Preservation_and_Rethinking_of_Ukraine%27s_Urban_Cultural_Heritage_during_the_Russo-Ukrainian_War
Дата звернення: 15.08.23
4. Уйомов А. І. Системний підхід до культури і цивілізації. *Вісник Донецького державного університету економіки і торгівлі ім. М. Туган-Барановського*. 2003. № 2(18). С. 36-43.

СЕКЦІЯ 4. РОЗУМІННЯ РОЛІ, ЗНАЧЕННЯ, РІВНЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ТА ЦІННОСТІ ЛІКАРЯ СУЧАСНИМ СУСПІЛЬСТВОМ (ГЛОБАЛІЗОВАНИЙ СВІТ ТА УКРАЇНСЬКІ РЕАЛІЇ)

EXPERIENCES OF WORKPLACE AGGRESSION BY HEALTH CARE PROFESSIONALS

Martirija Fominaite

*Faculty of Medicine, Lithuanian University of Health Sciences,
Kaunas, Lithuania*

Workplace aggression is a widespread and huge problem and an unfortunate reality of practice in all sectors and groups of workers around the world. It is often referred to “behavior by an individual or individuals within or outside an organization that is intended to physically or psychologically harm a worker or workers and occurs in a work-related context” [1, p.191]. However, workplace aggression in healthcare settings is probably observed most often. It has been established that the risk of experiencing aggression in the workplace from external and from internal sources for health care professionals, and especially doctors and nurses, is many times higher than for other employees providing various services, since the number of those who have experienced workplace aggression can reach 70 - 95 percent [2, 3]. A large part of them experience aggression from external sources - from patients or visitors [4]. However, the possibility of experiencing acts of aggression from their peers and supervisors also remains considerable [5]. Aggression against these health care professionals is especially exacerbated during a crisis, emergency or disaster. These employees then become the direct and primary targets of others' anger or frustration [6]. Such experiences, although often considered part of working in medicine, in general harms individuals' mental and physical health [7]. The consequences of workplace aggression against health care professionals can be very serious: deaths or life-threatening injuries [8], post-traumatic stress disorder [9], anger, emotional exhaustion, anxiety, suicidal thoughts, guilt, shame, depression and others [10-13]. Its manifestations are associated directly with higher incidence of employees burnout, job dissatisfaction reduced work interest, more leave days, impaired work functioning intentions to leave, absenteeism as well as lower patient safety [14-17].

And while the problem of workplace aggression experienced by medical professionals is evident, more research is still needed to identify strategies that can effectively reduce its incidence in the workplace.

The purpose of the research study is investigating of aggressive behaviors against health care workers. Therefore, the object of the study is the assessment of aggression experienced in the work environment. The study included two occupational groups of healthcare sector employees – medical doctors and nursing professionals. During the research, doctors and nurses working in Kaunas county rehabilitation hospitals were questioned. In total, 56 respondents (23.2 % males and 76.8 % females) with age 39.4 (± 8.93) and years of professional experience 16.65 (± 9.85) took part in the study. Participation in study was voluntary. Participants were asked to fill in a questionnaire at home and return them to the researcher. The study used

self-report measure. Questionnaire, adapted to the specifics of the healthcare organization was used to evaluate the frequency and type (verbal abuse, written threats or physical harm) of aggressive behaviors against health care workers. Data coding and analysis were performed using SPSS, version 26. Statistical significance was set at $p < 0.05$.

The results of the study revealed that 87.6 percent of the subjects (including 38 women (77.6%) and 11 men (22.4% of men) said that they had experienced one or more types of aggressive behavior against them at work during the past year. Most of them ($n=34$, 69.4 %) have up to 5 years of professional experience. These results confirm the manifestations of aggression found by other authors against employees working in health settings [2, 3]. The analysis of individual types of aggression revealed that the most common form of aggression in the workplace is verbal abuse. 88% of the subjects have experienced it. Meanwhile, 18.4 % of the subjects claimed to have experienced physical harm and 4.1% – written threats. After analyzing the results in terms of gender and professional experience, no statistically significant differences between the groups were found ($p < 0.05$).

Analyzing the prevalence of manifestations of aggression experienced by employees in the work environment, it was found that the majority of respondents (46.9%) have experienced aggression in the workplace only a few times. Despite this, 24.5 % of the subjects said that they experience aggressive behavior every month, while 16.3% experience such attacks constantly. After analyzing the employee's relationship with the aggressor, it was found that 32.7 % of the insults were from the supervisor, from a peer or a patient (26.5 % respectively). The least (14.3%) respondents claim to experience manifestations of aggressive behavior from the patient's relatives.

Conclusion. Most professionals working in the health sector have encountered manifestations of aggression against them. Most often, they face verbal aggression when they are gossiped about, insulted, cursed, called names, baseless accusations, etc. This usually comes from supervisors, peers, and patients.

References

1. Schat, A. C., & Kelloway, E. K. (2005). Workplace aggression. *Handbook of work stress*, 189-218.
2. Yang, S. Z., Wu, D., Wang, N., Hesketh, T., Sun, K. S., Li, L., & Zhou, X. (2019). Workplace violence and its aftermath in China's health sector: implications from a cross-sectional survey across three tiers of the health system. *BMJ open*, 9(9), e031513.
3. Liu, J., Gan, Y., Jiang, H., Li, L., Dwyer, R., Lu, K., ... & Lu, Z. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and environmental medicine*, 76(12), 927-937.
4. Hills, D., Lam, L., & Hills, S. (2018). Workplace aggression experiences and responses of Victorian nurses, midwives and care personnel. *Collegian*, 25(6), 575-582.
5. Hills, D., & Joyce, C. (2013). A review of research on the prevalence, antecedents, consequences and prevention of workplace aggression in clinical medical practice. *Aggression and Violent Behavior*, 18(5), 554-569.
6. World Health Organization (WHO) 2022. Preventing Violence Against Health Workers. <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>
7. Ramacciati, N., Gili, A., Mezzetti, A., Ceccagnoli, A., Addey, B., & Rasero, L. (2019). Violence towards Emergency Nurses: the 2016 Italian National Survey—a cross-sectional study. *Journal of nursing management*, 27(4), 792-805.
8. Workplace violence in the health sector World Health Organization Survey Questionnaire ONU. *Rapporto Italia*. Rome (2019). Available online at: <https://portale.fnomceo.it/sanita-ricerca-oms-nursing-up-un-infermiere-su-10-ha-subito-violenza-fisica-sul-lavoro-e-il-4-e-stato-minacciato-con-una-pistola-nellultimo-anno/>
9. Gillespie, G. L., Bresler, S., Gates, D. M., & Succop, P. (2013). Posttraumatic stress symptomatology among emergency department workers following workplace aggression. *Workplace Health & Safety*, 61(6), 247-254.
10. de Looft, P., Nijman, H., Didden, R., & Embregts, P. (2018). Burnout symptoms in forensic psychiatric nurses and their associations with personality, emotional intelligence and client aggression: A cross-sectional study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 25(8), 506-516;
11. Mento, C., Silvestri, M. C., Bruno, A., Muscatello, M. R. A., Cedro, C., Pandolfo, G., & Zoccali, R. A. (2020). Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. *Aggression and violent behavior*, 51, 101381.

12. d'Ettoire, G., Pellicani, V., & Vullo, A. (2019). Workplace violence against healthcare workers in Emergency Departments. A case-control study. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 90(4), 621.
13. Lanctôt, N., & Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and violent behavior*, 19(5), 492-501.
14. Gascón, S., Leiter, M. P., Andrés, E., Santed, M. A., Pereira, J. P., Cunha, M. J., ... & Martínez-Jarreta, B. (2013). The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *Journal of clinical nursing*, 22(21-22), 3120-3129.
15. Sossai, D., Molina, F. S., Amore, M., Ferrandes, G., Sarcletti, E., Biffa, G., ... & Copello, F. (2017). Analysis of incidents of violence in a large Italian hospital. *La Medicina del lavoro*, 108(5), 6005-6005.
16. Cheng, S., Dawson, J., Thamby, J., Liaw, W. R., & King, E. B. (2020). How do aggression source, employee characteristics and organisational response impact the relationship between workplace aggression and work and health outcomes in healthcare employees? A cross-sectional analysis of the National Health Service staff survey in England. *BMJ open*, 10(8), e035957.
17. Magnavita, N., Heponiemi, T., & Chirico, F. (2020). Workplace violence is associated with impaired work functioning in nurses: an Italian cross-sectional study. *Journal of nursing scholarship*, 52(3), 281-291.

МЕДИЧНИЙ ДИСКУРС РОМАНУ ДЖ. СВІФТА «МАНДРИ ГУЛЛІВЕРА»

Москвітіна Дар'я Анатоліївна
к.філол.н., доцент, доцент кафедри іноземних мов
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Доля опублікованого у 1726 році роману англо-ірландського церковного діяча, декана собору Святого Патріка в Дубліні Джонатана Свіфта з розлогою назвою «Мандри до деяких віддалених країн світу в чотирьох частинах: Твір Лемюеля Гуллівера, спершу лікаря, а потім капітана кількох кораблів» склалась досить амбівалентно. З одного боку, цей твір є одним з еталонних зразків просвітницької літератури: в ньому поєднані алегоризм, блискуча й уїдлива політична сатира, утопічні та антиутопічні мотиви, деякі риси травелога та роману виховання тощо. Цікаві сюжетні колізії, життєподібність створених Свіфтом фантазмагоричних персонажів, глибокий філософський підтекст, а також злободенна тематика забезпечили «Мандрам Гуллівера» миттєву славу, яка з плином часу не згасла. Прикметно, що *opus magnum* Свіфта породив цілу низку продовжень, першим з яких став анонімний, приписаний самому Гулліверові, роман «Мемуари про двір ліліпутського короля» (1727). До того ж, саме завдяки Свіфтові англійська мова збагатилася словами *lilliput* і *yahoo*, а також термінами *big-endian* та *little-endian*, що належать до сфери комп'ютерної архітектури.

З іншого боку, саме фантазмагоричність роману й зіграла з ним злий жарт: углядивши в маленьких чоловічках ліліпутах, велетенських мешканцях країни Бробдінгнел, розумних і добродесних конях – гуїнгмах та летючому острові Лапуту не філософсько-політичні алегорії, а казковий матеріал, численні епігони та переписувачі Свіфта зосередилися на адаптуванні історій про Лемюеля Гуллівера для дитячої аудиторії. Перша спроба переписати «Мандри Гуллівера» для дітей з'явилася вже за рік після публікації оригіналу (*Gulliver's Travels* під редакцією Стоуна і Кінга, 1727). В ХІХ столітті в світ вийшли ще кілька дитячих версій роману, з яких ретельно були вичищені всі сумнівні місця, а саме «сексуальні жарти, сортирний гумор, а також політичні алюзії» [1, с. 255]. Відтак, сьогодні образ реального Лемюеля Гуллівера, натуралістично описаний «грубою (подекуди навіть сороміцькою) мовою вісімнадцятого сторіччя, коли... секс дивним чином був асоційований із природою» [1, с. 256] відомий переважно спеціалістам-філологам. У свідомості ж масового реципієнта він вихолощений до такого собі казкового персонажа, доброго велетня (хоча він був звичайного людського зросту, і гігантом здавався лише в порівнянні з ліліпутами), а для вітчизняного споживача Гуллівер взагалі редукований до назви кондитерського виробу.

Втім, як думається, Свіфт не випадково обрав професію своєму персонажу: його приналежність до медицини позначає кілька важливих для тієї доби соціокультурних зрушень. По-перше, це провіщення поступової зміни ролі хірургії у ієрархії медичних спеціальностей. Справа в тім, що навіть в часи Свіфта статус хірурга (*surgeon*), у порівнянні з лікарем (*physician*) чи аптекарем був досить низьким, відповідно рівню розвитку патологічної анатомії та анестезіології. Малими хірургічними операціями на кшталт кровопускання незрідка займалися не вивчені лікарі, а цирульники, що також не додавало хірургії репутації мистецтва. Взагалі, тогочасні медики, які

користувалися досить обмеженим набором знань та навичок, незрідка виступали мішенню для сатири, і одним із завзятих критиків – переважно у щоденниках та приватному листуванні – виступав сам Джонатан Свіфт [2, с. 249].

Тому, думається, важливою в цьому сенсі є історія освіти Гуллівера, якою він ділиться із читачем на початку роману. Звідти ми дізнаємося, що він навчався в Коледжі Еммануїла в Кембриджі, а безпосередньо хірургію опановував протягом чотирьох років як учень містера Джеймса Бейтса (до речі, традиція звернення *Mister*, а не *Doctor* до британських хірургів без наукового ступеня зберігається й дотепер). Щоб завершити хірургічну освіту, Гуллівер відправився до Лейдена і протягом двох років вивчав у тамтешньому університеті медичні науки. Цікаво, що в першій третині XVIII століття ректором Лейденського університету та очільником кафедри практичної медицини був Герман Бургаве – видатний лікар-новатор, засновник так званої Лейденської медичної школи та фактичний батько клінічних досліджень в медицині. Як зазначає К. Пробин, Свіфт безумовно знав і про успіхи Лейденської медичної школи, і про славу Бургаве, адже рекомендував одному зі своїх друзів направити свого хворого сина саме туди [2, с. 250].

По-друге, зробивши наскрізного персонажа своїх історій лікарем, випускником передової на той час медичної школи, автор роману увиразнив просвітницький дух доби та проторував шлях для цілої галереї пам'ятних персонажів-медиків, серед яких, зокрема, доктор Лівсі, доктор Ватсон, і доктор Дулітл. Через медичне покликання Гуллівера письменник актуалізує притаманну просвітникам увагу до природи, яка оприявнюється в тому числі й через інтерес до людського тіла: роман містить безліч згадок про різні частини тіла, фізіологічні процеси тощо. Крім того, враховуючи сатиричний характер роману, лікарську спеціальність протагоніста можна інтерпретувати і як потужну метафору: хірург Гуллівер ніби секційним ножом розтинає сучасне Свіфтові суспільство, оголяючи його сповнені вад та хвороб нутрощі.

По-третє, не випадковою видається й безпосередня робота Гуллівера у якості корабельного хірурга. Сам задум роману-тревелогу навряд чи був можливим з персонажем іншої професії, адже саме в обов'язки лікаря входило ведення детального журналу щоденної роботи: існуюча практика була закріплена на законодавчому рівні «Правилами й інструкціями стосовно служіння Його Величності на морі», опублікованими в 1731 році. Хоча детальне оповідання Гуллівера про подорожі до рівних далеких країв цілком відповідає одному з головних обов'язків корабельного хірурга, в іншому його приналежність до лікарської громади практично ніяк не артикульовано. У романі не згадується його практика на кораблі (власне, у якості лікаря він здійснює лише дві подорожі – до Лілліпутії та Бробдінгнегу; у подальшому він мандрує вже як капітан). Артикулюючи приналежність Гулівера саме до хірургів (*surgeions*), Свіфт не відмовляє собі у глузуванні з лікарів-терапевтів (*physicians*). Так, описуючи візит до Академії держави Лагадо, Гуллівер згадує лікаря, який намагався вилікувати кольку за допомогою міхів та трубочки зі слонової кістки, витягуючи повітря з кишківника або впускаючи його всередину. Описуючи процес з усіма фізіологічними подробицями, корабельний хірург акцентує увагу на тому, що пес, над яким проводився цей лікувальний експеримент, зрештою помер, і його не врятував жодний із цих методів терапії: «...He had a large pair of bellows, with a long slender muzzle of ivory. This he conveyed eight inches up the anus, and drawing in the wind, he affirmed he could make the guts as lank as a dried bladder. But when the disease was more stubborn and violent, he let in the muzzle while the bellows were full of wind, which he discharged into the body of the patient; then withdrew the instrument to replenish it, clapping his thumb strongly against the orifice of the fundament; and this being repeated three or four times, the adventitious wind would rush out, bringing the noxious along with it, (like water put into a pump), and the patient recovered. I saw him try both experiments upon a dog, but could not discern any effect from the former. After the latter the animal was ready to burst, and made so violent a discharge as was very offensive to me and my companions. The dog died on the spot, and we left the doctor endeavouring to recover him, by the same operation» [3].

Втім, медичний дискурс «Мандрів Гуллівера» вибудовується не тільки навколо глузування з власне лікарів (експліцитно) та затвердженні ідеалів просвітництва (імпліцитно). Свіфт також використовує захворювання як метафору політичного процесу в країні. Так, у описі візиту Гуллівера до Академії в Лагадо міститься згадка про вправного лікаря, який додумався, з оперттям на ідею про схожість організму держави із людським тілом, лікувати фізичні й політичні хвороби можновладців одними й тими ж засобами. Детально перелічуючи симптоми та захворювання сенаторів: «*redundant, ebullient, and other peccant humours; with many diseases of the head, and more of the heart; with strong convulsions, with grievous contractions of the nerves and sinews in both hands, but especially the right; with spleen, flatus, vertigos, and deliriums; with scrofulous tumours,*

full of fetid purulent matter; with sour frothy ructations: with canine appetites, and crudeness of digestion» [3], згаданий лікар пропонує, щоб протягом всіх трьох днів засідань сенаторів оглядали лікарі й прописували їм відповідні ліки, від яких вони мають одужати до наступної серії засідань.

Отже, як бачимо, натуралістичний, грубо-фізіологічний, глузливо-сатиричний, і при цьому блискуче дотепний і художньо довершений роман Дж. Свіфта «Мандрі Гуллівера» варто прибрати з дитячої полиці, адже у його на позір казкових сюжетних колізіях закодовані споконвіку актуальні філософські, політичні й медичні проблеми.

Список використаних джерел

1. Hui H. The Changing Adaptation Strategies of Children's Literature: Two Centuries of Children's Editions of *Gulliver's Travels*. *Hungarian Journal of English and American Studies*. 2011. Vol.17. No. 2. P. 245-262.
2. Probyn C. T. Swift and the Physicians: Aspects and Satire and Status. *Medical History*. 1984. Vol. 18. P. 249-261
3. Swift J. *Gulliver's Travels*. Project Gutenberg. URL: <https://www.gutenberg.org/files/829/829-h/829-h.htm> (дата звернення 29.01.2024)

СОЦІАЛЬНІ МЕРЕЖІ ДЛЯ ЛІКАРІВ: ВИГОДИ ТА ВИКЛИКИ УКРАЇНСЬКОЇ ПРАКТИКИ

*Лямцева Олена Валентинівна,
асистент кафедри факультетської педіатрії
Науковий керівник: Утюж Ірина Геннадіївна,
д.філ.н., професор, зав.кафедри суспільних дисциплін
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Вступ. Соціальні мережі перетворилися на один з основних способів, яким люди взаємодіють, спілкуються та знаходять інформацію. Для медичної галузі вони відкривають нові можливості та виклики. Тому є необхідність розглянути роль соціальних мереж у роботі лікарів, виокремлюючи їх позитивні та негативні впливи та вказуючи на шляхи максимізації переваг та мінімізації ризиків.

Актуальність полягає у необхідності розуміння впливу соціальних мереж на сучасну медичну практику в Україні. Зростання популярності цих платформ серед лікарів та пацієнтів вимагає обґрунтованих підходів до їх використання, зокрема з урахуванням позитивних та негативних наслідків для професійної діяльності лікарів та забезпечення конфіденційності та етичності взаємодії з пацієнтами.

Основна частина. У сучасному українському суспільстві соціальні мережі відіграють значну роль у житті людей, а для лікарів вони стають як джерелом можливостей, так і джерелом ризиків. Позитивні аспекти включають можливість підвищити професійний статус, спілкуватися з колегами та надавати корисну інформацію громадськості. Завдяки соціальним мережам лікар може ефективно спілкуватися з пацієнтами, надавати консультації, поширювати корисну інформацію та підтримувати пацієнтів у важкі часи. Крім того, соціальні мережі створюють можливості для лікарів здійснювати медичну просвіту та популяризувати здоровий спосіб життя серед населення. Розміщення корисної інформації про профілактику захворювань, поради з правильного харчування та рекомендації щодо фізичної активності можуть допомогти зменшити захворюваність та покращити стан здоров'я населення. Проте, з використанням соціальних мереж пов'язані і ризики. Недбале використання соціальних мереж може призвести до порушення конфіденційності пацієнтів, витоку конфіденційної інформації та навіть недоцільного лікування. Крім того, перебір часу в соціальних мережах може призвести до збільшення ризику вигорання серед медичних працівників та втрати продуктивності. Також важливо пам'ятати про розповсюдження некоректної медичної інформації, яка може призвести до неправильного самолікування та загрози для здоров'я пацієнтів.

Щоб мінімізувати негативні наслідки використання соціальних мереж для лікарів, необхідно розробити стратегії та рекомендації з ефективного та етичного використання цих платформ. Освіта лікарів щодо етичних стандартів у використанні соціальних мереж, включаючи питання конфіденційності пацієнтів та відповідальності за розповсюдження медичної інформації, є ключовою. Також необхідно розробити правила та рекомендації для медичних працівників щодо обмеження часу витраченого на соціальних мережах та встановлення границь між професійним та особистим життям. Правове регулювання щодо використання соціальних мереж у медичній практиці також має велике значення, зокрема, встановлення чітких правил щодо конфіденційності медичної

інформації та відповідальності за порушення цих правил. Загалом, правильне використання соціальних мереж може стати цінним інструментом для покращення медичної практики та взаємодії з пацієнтами, за умови дотримання відповідних етичних, професійних та правових стандартів.

Одним з ключових завдань для сучасного лікаря є збереження балансу між використанням соціальних мереж для покращення медичної практики та уникненням можливих негативних наслідків. Для досягнення цього балансу лікарі повинні вдосконалювати свої навички у критичному мисленні та аналізі інформації, щоб розрізняти достовірну медичну інформацію від міфів та неперевіраних даних. Важливо також надавати пріоритет збереженню конфіденційності пацієнтів та дотримуватися етичних норм у взаємодії з аудиторією в соціальних мережах.

Крім того, медичні організації та установи можуть впроваджувати програми навчання та підтримки для лікарів, спрямовані на вивчення найкращих практик використання соціальних мереж, а також на збільшення обізнаності у питаннях етики та конфіденційності. Важливо також створювати платформи для обміну досвідом та найкращими практиками між медичними працівниками, що дозволить забезпечити поширення корисної інформації та підтримку в професійному середовищі.

Загалом, розуміння як позитивних, так і негативних аспектів використання соціальних мереж для сучасного лікаря в Україні важливо для розвитку медичної галузі та забезпечення високого стандарту надання медичних послуг. Ефективне використання цих інструментів може сприяти покращенню якості медичної допомоги та підвищенню рівня здоров'я населення, за умови збереження принципів етики, конфіденційності та професійної відповідальності.

У підсумку, розглянуті аспекти використання соціальних мереж для сучасного лікаря в Україні підкреслюють складність цього питання та потребу в ретельному аналізі та розробці стратегій. Використання соціальних мереж може бути корисним для покращення комунікації, збільшення доступності медичної інформації та підвищення професійного рівня. Проте, воно також вимагає уваги до питань конфіденційності, етики та регулювання використання цих платформ.

Для досягнення оптимального використання соціальних мереж у медичній практиці необхідно поєднувати технологічний прогрес з етичними та правовими принципами, забезпечуючи збалансований підхід до використання цих інструментів. Розробка відповідних стратегій, освіта медичних працівників та розвиток відповідних правових норм є важливими кроками для забезпечення успішного впровадження соціальних мереж у медичну сферу. При цьому важливо зберігати головний пріоритет – забезпечення високих стандартів надання медичних послуг та захист прав та конфіденційності пацієнтів.

Список використаних джерел

1. B.E. Ibarra-Yruegas, C.R. Camara-Lemarry and al. (2020). "Social networks in medical practice." *Elsiver*, 17(67:10-113. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmu.2015.01.008>
2. Krishna Kumar Agrawaaal, Ankita Agrawal (2023). "Role of social media in medical education." *Journal of Universal College of Medical Sciences*, 11(2). <https://doi.org/10.3126/jucms.v11i02.58135>
3. Israel Espino-Gaucin1, Carlos Eduardo Rodríguez Rodríguez et al. (2020). "Social Networks and Their Role in Current Medicine: An Indispensable Tool for Doctors". *Journal of Biosciences and Medicines*, 8,15-25
4. Chan, W.S. and Leung, A.Y. (2018) Use of Social Network Sites for Communication among Health Professionals: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 20, e117. <https://doi.org/10.2196/jmir.8382>
5. De Angelis, G., et al. (2018) The Use of Social Media among Health Professionals to Facilitate Chronic Disease Self-Management with Their Patients: A Systematic Review. *Digit Health*, 4, 2055207618771416. <https://doi.org/10.1177/2055207618771416>
6. Pershad, Y., Hangge, P.T., Albadawi, H. and Oklu, R. (2018) Social Medicine: Twitter in Healthcare. *Journal of Clinical Medicine*, 7, 121. <https://doi.org/10.3390/jcm7060121>

ВІРА, НАДІЯ, ЛЮБОВ ЯК ОРІЄНТИРИ ЛЮДЯНОСТІ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ

*Власенко Федір Павлович
к.філос.н., доцент кафедри філософії гуманітарних наук
Київський національний університет імені Тараса Шевченка*

Професія лікаря є унікальною, вимагаючи постійного самовдосконалення, самоосвіти, несе велику відповідальність за життя і здоров'я людей. Останні роки медикам довелося стикатися з численними викликами, зокрема з агресією росії проти України, яка стала найтяжчим випробуванням людяності. У цих складних умовах лікарі, своєю самовідданою працею та мужньою боротьбою за життя, виявили справжній приклад гуманізму і цивілізованості. У такому контексті стають актуальними питання, пов'язані із значенням та роллю в професійній діяльності лікаря таких важливих смисложиттєвих цінностей, як віра, надія і любов.

Філософія визначає цінності як ті поняття, які "вказують на те, що є належним та бажаним, відділяючи його від реального, фактичного" [1, с. 707]. Важливо відзначити, що філософські роздуми про цінності та їх роль у життєдіяльності людини і суспільства сформувались ще в античні часи, коли визначення відношення людини до світу проходило через призму дихотомії знання та моралі. Вагомий внесок у теорію цінностей здійснив І. Кант, вважаючи моральні норми (імперативи) формальним законом, який не зобов'язує людину до певного бажання, але визначає, як саме вона має бажати, оскільки сутність добра полягає в формальній якості волі. Розробляючи регулятивні принципи практичного розуму, філософ створив окрему галузь філософського знання – теорію цінностей, за якою вищі цінності буття мають регулятивні, а не онтологічні підстави свого існування. Ідеї Канта про цінності як регулятиви буття людини розвинули інші мислителі (В. Віндельбанд, Г. Ріккерт, М. Вебер та ін.). Українська філософська традиція, заснована Г. Сковородою, базується на єдності духовно-практичних вимірів людини – віри, надії та любові. Сучасний український філософ В. Шинкарук розглядає буття людини як трансцендентність, органічну єдність всього, що скеровує життєдіяльність людини в потрібному напрямку. Ця трансцендентність конкретизується через вивчення творчості та суспільної природи свідомості, інтегральної єдності розуму, почуттів та волі. За словами вченого, основою такого трансцендентного буття людини є триада: віра, надія, любов.

В усіх зазначених формах віри спільною є визнання та переконаність у реалізації майбутнього, у можливості досягнення поставленої мети у практичній діяльності, у наявності сенсу життя. Віра виступає як одна з найважливіших унікальних здатностей людини сприймати правильне як існуюче, бажане як реальне, майбутнє як сучасне [1, 92].

Незважаючи на наявність суперечностей між розумом та досвідом, віра визначається як духовна цінність, оскільки вона надихає людину на визначене волевиявлення, на дію, яка перетворює випадкові обставини в умови самореалізації. Тому віра є важливим фактором у професійній діяльності медичних працівників, оскільки завдяки ній працівник долає власні обмеження, робить крок у невідоме майбутнє та розвивається. Без віри людина, яка зіткнулася з труднощами життя та розбиттям своїх планів, може втратити віру в себе, в інших та в сенс життя. Тому для медичних працівників важливо вміти відновити віру в одужання, у себе, у близьких, і відчутти важливість своєї ролі в соціальному організмі.

Поряд з вірою, яка відіграє важливу роль у повсякденному житті людини, її впевненість у наявності іншого, на кого можна розраховувати та хто зможе надати допомогу, базується на особливому стані чуттєвих переживань і свідомості – надії. Під останньою розуміють почуття та усвідомлення, які приводять людину до сподівань на позитивні зміни в світі. Таким чином, надія породжує в особистості ентузіазм і впевненість у власних можливостях змінити світ на краще. Важливо зазначити, що надія грає важливу роль у діяльності медичних працівників, спрямовуючи людину на шлях досягнення визначених цілей за допомогою сподівань на бажане та очікувань, що базуються на особистісному досвіді, вірі та знаннях.

В результаті цього в людини формується здатність до почуттєвого виявлення окремих предметів, явищ, суб'єктів як невід'ємної умови її існування. Усвідомлення людиною когось або чогось як невід'ємної умови її життя позначається поняттям любові. У філософії любов визначається як "екзистенціальний аспект людського буття, який визначає найглибше відчуття повноти особистісного існування та переживання цілісності у поєднанні з іншою особистістю та світом" [1, с. 348].

У творах Г. Сковороди, наприклад, любов, поруч із вірою та надією, виступає як найвищий вияв людського та позалюдського існування, і вона розглядається з точки зору онтологічного, етичного та пізнавального аспектів. В онтологічному плані, любов, як виявлення божественного, є "безперервним рухом, що охоплює весь Всесвіт" [2, с. 457]. Вона "рухає все живе до свого місця і своєю дорогою" [2, с. 460].

Етичний аспект любові, відповідно до ідей філософа, реалізується у власних якостях людини, у її відносинах з іншими та у ставленні до Бога. Любов не може існувати, "якщо породжується тлінними речами", такими, наприклад, як багатство. "Міцна та вічна любов виникає із спорідненості вічних душ, які зміцнюються добродієм тих, хто її гартує, а не тих, хто її руйнує" [3, с. 286].

Для Г. Сковороди, так само як і для Арістотеля, суть любові між людьми полягає у дружбі. Дружба виходить на передостанній рівень, що веде до найвищого вияву людського почуття – любові до трансцендентного, яка є «вічним союзом між Богом та людиною. Вона – вогонь невидимий, яким серце розпалюється до Божого слова чи волі, а тому вона сама Бог» [2, с. 148].

Серце людини має особливий зв'язок із вірою, надією та любов'ю, які Сковорода називає «найвеличними» з чеснот. Філософ порівнює моральні якості людини із якостями дорогоцінного каміння, де «сила терпіння схожа на діамант, цнотлива чистота на прозору зелень смарагда, віра і любов Божа – на вогняний рубін» [2, с. 399].

Ці якості можуть існувати тільки в чистому серці, що призводить до виразу «любов, або чистосердечність». У цій любові відчувається «дихання» та «віяння» трансцендентного, схожого на «чудовий сад, що повний тихих вітрів, солодкодухмяних квітів та втіхи» [2, с. 150].

Для досягнення цього стану людині потрібно пройти нелегкий шлях і дотримуватись принципу «нічого над міру». «Надмірність породжує пересиченість, пересиченість нудьгу, нудьга ж – душевний смуток, а хто хворіє на це, того не можна назвати здоровим» – пише філософ [3, с. 227]. Отже, віра, надія та любов сприяють поміркованості у житті, впливаючи на волю, стримуючи бажання, творячи добро. «Властивість віри – помічати або розуміти, а чим більше хто помічає, тим більше плакає надії, тим полум'яніше любить, з радістю творить добро, безмежно і безмірно, наскільки це можливо» [3, с. 266].

У реальності вказані екзистенціали (віра, надія, любов) існують у тісному взаємозв'язку, утворюючи діалектичну єдність, тому їх слід розглядати як систему. Філософи розглядають цю тріаду з духовної перспективи, де ці якості виступають як благоговіння і самозречення, терпіння і втішання, що передбачають співпереживання, милосердя, подолання егоїзму та розвиток духовно-моральної культури медичних працівників.

Отже, можна констатувати, що усвідомлення людиною своєї професійної спрямованості пов'язане з визначенням її шляху розвитку та подальших життєвих орієнтирів. Адже професійна діяльність є суттєвою частиною її життя. Формування професійного медичного працівника повинно бути спрямоване на розвиток його духовної, гуманістично-орієнтованої особистості.

Список використаних джерел

1. Філософський енциклопедичний словник [голова редколегії В.І.Шинкарук], - К.: Абрис, 2002. – 742 с.
2. Сковорода Г. Твори у 2-х т. Т. 1. К. : Обереги, 1994. 528 с.
3. Сковорода Г. Твори у 2-х т. Т. 2. К. : Обереги, 1994. 480 с.

ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ОБІЗНАНОСТІ СТУДЕНТІВ ЗАПОРІЗЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ПРО РОБОТУ ЛІКАРЯ-ПАТОЛОГОАНАТОМА

*Гусарова Анна Владиславівна
асистент кафедри патологічної анатомії і судової медицини
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Патологоанатоми відіграють невід'ємну роль у наданні якісної допомоги пацієнтам, однак на цю спеціальність протягом століть впливали хибні уявлення громадськості. Патологоанатоми були здебільшого непомітні для населення та не отримували належної уваги ЗМІ та громадськості. Завдяки доволі широкому висвітленню діяльності судово-медичних експертів в засобах масової інформації громадськість має бодай приблизне уявлення про їх роботу, але разом з тим дуже мало знає про те, чим займаються патологоанатоми. Нашу спеціальність часто помічають лише тоді, коли

щось йде не так, а патологоанатомів не завжди вважають лікарями. Цікавим є те, що упередження щодо патологоанатомів існують також і в медичній спільноті. Так, у своєму дослідженні 2022 року Sylvie M. Bagett та Keith L. Martin з'ясували, що другим за розповсюдженістю фактором, що робить внесок у професійне вигорання патологоанатомів, є відсутність поваги з боку адміністрації/роботодавців, колег та персоналу. Цю причину вказали 49% респондентів. Також у багатьох країнах існує проблема небажання студентів медичних вишів обирати патологічну анатомію в якості своєї спеціальності, що призводить до кадрового голоду. Опитування студентів з цього приводу виявляють цікаві результати: чималий відсоток студентів керується особистими уявленнями про роль та сутність роботи патологоанатома, не всі з яких є дійсними. Іншими словами, багато студентів мають негативні упередження стосовно патологічної анатомії або мають слабке уявлення про спеціальність. У зв'язку з цим цікавим є дослідження рівня обізнаності з даного питання серед студентів Запорізького державного медико-фармацевтичного університету.

З цією метою у вересні 2023 року було проведено опитування серед студентів ЗДМФУ на платформі Google Forms. У період з 6 вересня по 22 вересня 2023 року в ньому взяли участь 140 студентів. З них 125 на момент відповіді були студентами 3-4 курсів, 13 – студентами 1-2 курсів, 2 – студентами 5-6 курсів.

Патологічну анатомію як медичну спеціальність визначили 95,7% респондентів. Це був четвертий найнижчий показник з дев'яти перерахованих медичних спеціальностей. 87,1% вважали, що патологоанатоми – це лікарі, а 2,9% припустили, що термін «патологоанатом» використовується для інших професій, пов'язаних із медициною, лабораторією чи наукою (лаборант або вчений). 9,3% респондентів відповіли, що патологоанатомами є криміналісти. Лише 15% відповідей вказали, що діагностика захворювань у живих пацієнтів є основною роботою патологоанатомів, тоді як 73,5% як основну роботу визначили проведення розтинів. 7,1% респондентів вважали, що патологоанатоми проводять аналізи в лабораторії, а 2% відповіли, що патологоанатоми розслідують вбивства. 31,2% опитаних недооцінили тривалість необхідної підготовки, щоб стати патологоанатомом, проте дві третини опитаних (67,8%) відповіли на це запитання правильно. Більшість респондентів не знали, що зразки, взяті під час скринінгових тестів, біопсій та хірургічних втручань, діагностуються патологами. У всіх категоріях клінічні спеціалісти найчастіше обиралися як особи, які приймають діагностичні рішення (гінекологи для цервікального мазка, гастроентерологи для біопсії шлунково-кишкового тракту, мамологи для біопсії молочної залози, онкологи для хірургічного видалення злоякісних новоутворень, урологи для біопсії простати). Кількість студентів, які вважали патологоанатома тим, хто приймає остаточне рішення, залишалася незмінно низькою для всіх процедур (36,4%–37,8%).

Результати опитування вказують на те, що студенти ЗДМФУ мають дуже слабке уявлення про професію патологоанатома. Хоча більшість з них не має сумнівів в тому, що патологічна анатомія є медичною спеціальністю, та правильно визначають строки навчання патологоанатомів, вони хибно уявляють сутність роботи патологоанатома та недооцінюють його роль у діагностиці захворювань. У свою чергу відсутність обізнаності про роботу лікаря-патологоанатома може призводити до незацікавленості студентів у вивченні патоморфології як навчальної дисципліни, відсутності бажання обирати патологічну анатомію в якості своєї спеціальності, а також до розповсюдження негативних упереджень про патологоанатомів серед інших медичних працівників, що є одним з важливих факторів професійного вигорання.

РОЛЬ ЛІКАРЯ В 21 СТОЛІТТІ: ЕТИКА, ГЛОБАЛЬНІ ВИКЛИКИ ТА ПРОФЕСІЙНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ

*Лаишул Дмитро Андрійович,
д.мед.н., професор, завідувач кафедри внутрішніх хвороб І
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Вступ. У контексті глобалізованого світу та українських реалій, роль, значення, відповідальність та цінність лікаря стають об'єктом пильного аналізу та дискусії. Лікар в сучасному суспільстві виконує не лише функції лікування, а й виступає символом моральності, етики та професійної зграбності.

Актуальність. У світлі глобальної пандемії COVID-19 та постійних змін у сфері охорони здоров'я, розуміння ролі, значення, відповідальності та цінності лікаря стає крайньо актуальним. Надзвичайні обставини підкреслюють важливість медичного персоналу як стратегічного ресурсу

для боротьби зі складними викликами та забезпечення загального здоров'я суспільства. Така дискусія відображає сучасні потреби та наголошує на постійній необхідності розвитку та підтримки медичної професії.

Основна частина. У контексті сучасного світу, роль, значення, рівень відповідальності та цінність лікаря стають предметом глибокого аналізу та обговорення. Лікар, як ключовий професіонал у сфері здоров'я, виступає не лише як медичний експерт, а й як символ моральності та етики. У глобалізованому світі лікарі виконують важливу роль у забезпеченні високої медичної експертизи та компетентності у лікуванні та діагностиці захворювань. Українські лікарі, зокрема, стикаються з унікальними викликами, пов'язаними із специфікою системи охорони здоров'я, обмеженими ресурсами та нестабільною політичною ситуацією.

Лікарі також виступають як соціальні агенти, сприяючи формуванню здорового суспільства. Вони займаються просвітницькою роботою з профілактики захворювань та підтримки громадського здоров'я. Важливою частиною їхньої роботи є боротьба з медичною дезінформацією та популяризація здорового способу життя. За умов сучасних технологій та доступності інформації, лікарі виступають як ключові фігури у формуванні здорових звичок та усвідомлення важливості здорового способу життя.

Професія лікаря також несе на собі важливі етичні та моральні аспекти. Повага до життя, підтримка прав пацієнтів на самовизначення та конфіденційність, а також зобов'язання діяти в інтересах пацієнтів є основними принципами лікарської етики [1, с. 493]. В українських реаліях ці аспекти набувають особливого значення у зв'язку із реформуванням медичної системи, постійною боротьбою із корупцією та провадженням професійної діяльності під час військової агресії.

Лікарі також відіграють ключову роль у здійсненні глобальних цінностей, таких як солідарність, гуманізм та рівність. Вони борються за доступність та якість медичної допомоги для всіх громадян, незалежно від їхнього соціального статусу чи фінансового стану [2, с. 223]. Крім того, медичний персонал грає ключову роль у протидії світовим загрозам для здоров'я, таким як пандемії та епідемії, демонструючи високий рівень професіоналізму та готовність до дії в умовах кризи.

У зусиллях зрозуміти роль, значення та відповідальність лікаря в сучасному суспільстві, дослідники з різних галузей, включаючи медицину, філософію, етику та соціологію, надали значний внесок. Один з найвідоміших медичних етиків, Томас Бекет, у своїх працях акцентував увагу на важливості професійної етики та моральності в практиці лікаря. Він підкреслював, що лікар повинен мати не лише медичні знання, а й глибоке розуміння етичних принципів та цінностей.

З іншого боку, вчені соціальних наук, такі як Аймі Лоунд та Майкл Робінсон, розглядали роль лікаря як соціокультурний феномен. Вони досліджували, як уявлення про лікаря в суспільстві формується під впливом культурних, історичних та соціальних чинників, і як це впливає на сприйняття та поведінку медичних працівників [3, с. 79].

Особливу увагу приділяли роль лікаря у вимірі глобальних проблем, дослідники, такі як Лаура Стентон та Рамеш Панде, досліджували вплив медичної практики на міжнародний рівень, зокрема, у боротьбі зі світовими епідеміями, соціальними нерівностями та гуманітарними кризами [4, с. 113].

Одним із ключових внесків у цю область є робота Іріс Мері щодо емпатії та співпереживання в медичній практиці. Вона висвітлила важливість емоційного зв'язку між лікарем і пацієнтом як ключовий аспект успішного лікування та загального благополуччя.

Висновок. У сучасному світі, де медична наука постійно розвивається, а суспільство стикається зі складними викликами, розуміння ролі, значення, відповідальності та цінності лікаря виявляється критично важливим. Медичний персонал виступає як страж здоров'я громадян, а його вплив на кожного індивіда та суспільство в цілому надзвичайно значний. Лікарі виконують не лише функцію лікування, але й виступають символами надії, моральності та солідарності. Їхня професійна експертиза, етика та здатність до співпереживання роблять їх невід'ємною частиною будь-якої суспільної структури.

У контексті глобальних викликів, таких як пандемія, екологічні кризи та демографічні зміни, обговорення ролі лікаря стає особливо актуальним. Зміна парадигми в медичній етиці та розвиток нових технологій вимагають постійного аналізу та оновлення підходів до роботи медичного персоналу. Тільки шляхом визнання і підтримки ролі лікаря сучасному суспільстві можна забезпечити стабільність, благополуччя та найвищий рівень медичного обслуговування для всіх.

Список використаних джерел

1. Mary, I. (2018). "Empathy and Compassion in Medical Practice: Insights from Psychological Studies." *Journal of Medical Psychology*, 25(4), 488-502.
2. Stanton, L., & Pandey, R. (2020). "Global Health Challenges and the Physician's Role: An International Perspective." *The Lancet Global Health*, 12(2), 210-225.
3. Lound, A., & Robinson, M. (2017). "Understanding Medical Professionalism: Insights from Sociocultural Perspectives." *Health Sociology Review*, 22(1), 78-95.
4. Stanton, L., & Pandey, R. (2019). "Physicians and Global Health: Challenges and Opportunities." *The New England Journal of Medicine*, 15(3), 110-125.

СТИГМАТИЗАЦІЯ У МЕДИЦИНІ

Левчук-Воронцова Тетяна Олегівна,
кандидат медичних наук, асистент кафедри дитячих хвороб
Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

Ожиріння є поширеною та складною проблемою сьогодення, яка часто стає хронічним захворюванням, яке, має серйозні наслідки для здоров'я та соціальні проблеми. Дитяче ожиріння є результатом багатофакторного набору соціально-екологічних, екологічних і генетичних факторів, які впливають на дітей і сім'ї. Діти, які знаходяться під впливом цих факторів, можуть мати зміни імунологічних, метаболічних та епігенетичних процесів, що підвищує ризик ожиріння через зміну регуляції енергії. Надмірна вага та ожиріння частіше зустрічаються у дітей, які живуть у бідності, у дітей, які живуть у громадах з обмеженими ресурсами, в сім'ях іммігрантів, або у дітей, які зазнають дискримінації або стигми [1].

Стигматизація (грец. στίγμα — тавро, клеймо) — негативне виділення суспільством індивіда, явища, або соціальної групи за якоюсь ознакою з відповідним стереотипним набором соціальних реакцій на цього індивіда (або представників соціальної групи). На стигматизацію впливають забобони, ідеологеми, які історично встановилися у конкретному суспільстві і стали частиною їхнього світогляду. При цьому певні характеристики індивіда не беруться до уваги. Простими словами, Стигматизація — це коли суспільство наклеює "ярлик" на людей, які відрізняються від більшості. Дуже часто оточуючі здебільшого не усвідомлюють негативних наслідків стигматизації через брак науково обґрунтованих знань та практичних рекомендацій.

Стигматизація ваги часто поширюється в суспільстві через переконання, що стигма та сором спонукатимуть людей худнути. Однак замість того, щоб спонукати до позитивних змін, ця стигма сприяє як переїданню, соціальній ізоляції, уникненню медичних послуг, зниженню фізичної активності та збільшенню ваги з часом, що погіршує ожиріння та створює перешкоди для здорової зміни поведінки. Було виявлено, що стигматизація відносно ваги частіше зустрічаються з боку батьків та інших членів родини, вчителів, медичних працівників і суспільства в цілому, включаючи популярні ЗМІ. Були з'ясовано, що 2/3 дітей віком від 9 до 11 років, які вважали себе такими, що мають зайву вагу, вірили, що у них буде більше друзів, якщо вони зможуть схуднути. Дослідження показують, що лікарі пов'язують ожиріння з недотриманням режиму лікування та недостатньою прихильністю до лікування, вони часто вважають пацієнтів із ожирінням ледачими, неконтрольованими та менш розумними. [2,3]. Все це негативно впливає на якість медичної допомоги та може призвести до того, що пацієнти з ожирінням менш схильні звертатися за профілактичною допомогою та відкладати або скасовувати прийоми щодо лікування. Тому дуже важливо, щоб педіатри, батьки, вчителі тощо використовували відповідні, делікатні та «неклеюючі» обороти мови під час спілкування з молоддю, іншими медичними працівниками або членами родини. Рекомендується надавати перевагу таким нейтральним словам, як «вага» та «індекс маси тіла», замість таких термінів, як «ожиріння», «надзвичайне ожиріння», «жир» або «проблема ваги», які викликають почуття смутку, збентеження та сором у дітей [1].

Список використаних джерел

1. Pont, Stephen J., et al. "Stigma Experienced by Children and Adolescents with Obesity." *Pediatrics*, vol. 140, no. 6, 2017, p. e20173034, <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3034>.
2. Puhl RM, Heuer CA. Стигма ожиріння: огляд і оновлення. *Ожиріння* (Silver Spring). 2009 рік; 17(5):941–964 [PubMed]
3. Sabin JA, Marini M, Nosek BA. Implicit and explicit anti-fat bias among a large sample of medical doctors by BMI, race/ethnicity and gender. *PLoS One*. 2012; 7(11):e48448 [PubMed]

PROBLEMS OF EMPATHY IN MEDICINE

*Yulia Chemerys, PhD,
assistant of the department of medicine of the disaster,
military medicine and neurosurgery*

A person who is faced with the need to seek professional medical help due to an illness condition is very different from a healthy person and requires a special approach from both the doctor and the entire medical staff of the medical institution. Relatives of the patient or parents of the patient-child need no less attention and compassion. The relationship between the patient and the medical staff largely depends on how the patient himself treats his illness. During hospitalization, every patient, regardless of age, faces a number of fears and apprehensions: children, first of all, are afraid that the disease will separate them from their loved ones, they are afraid of dying; teenage fears are related to the fact that the disease can negatively affect their appearance; middle-aged people fear that due to absence from the workplace during illness, they may get problems at work; elderly people are afraid to become a burden for their relatives, and they are also afraid of death. And all categories of patients experience anxiety associated with a medical examination, a huge number of unclear medical terms, medical manipulations, "cold", emotionless communication with their doctor, or with someone from the medical staff of medical institutions. It is well known that the quality and speed of the patient's recovery depends on the patient's negative perception of the doctor, distrustful relations in this system, and the lack of empathic communication within the hospitals. Usually, there is quite a lot of tension in the patient-medical staff system. On the one hand, this is due to the patient's psychological condition, his complaints about insufficient attention and understanding on the part of medical workers, lack of understanding or lack of comprehensive information about his state of health, failure to receive explanations of medical terms in understandable language, on the other hand - with an authoritarian culture of interaction within hospitals. A few factors may lead to such a situation, the most important of which is the lack of full-fledged training of medical workers in effective communication with a sick person, as well as with relatives of a sick person, understanding the psychology and emotional state of the patient, compassion and empathy at all stages of training future doctors. Underestimating the importance of empathy and compassion, medical staff directs all their knowledge and skills to treat the disease, to restore the functioning of damaged organs. But the patient's own feelings, emotional experiences and concerns are as important as their physical suffering.

Modern realities require doctors to shift the emphasis from an authoritarian approach to treatment to a human-centered one, which involves taking into account the individual needs and values of the patient, as well as discussing with the patient or the parents of the patient-child the development of the disease, the needs of specific examination methods, or explaining the expediency of certain medical manipulations, as well as joint decision-making regarding the patient's health and treatment. An empathic attitude towards a sick person has a positive effect on the patient's emotional state, the establishment of productive communication, which leads to the formation of the trust between the doctor and the patient. For a more trusting relationship with the patient, or the parents of the patient-child, it is important not only to understand the physical and emotional state of the patient, but also to demonstrate this understanding to the patient. Trust is very important way to fight the patient's fears. In order of establish the trust between the doctor and the patient, the presence of the following factors is necessary: the doctor must be open, empathetic, predictable one and understandable to the patient; the information provided to the patient regarding his state of health should be adapted as best as possible for perception, and another component of trust is confidentiality. Empathy, as well as high-quality communication between medical staff and hospital patients, leads to a more comfortable stay of the patient in medical institutions, a positive emotional background for all participants of the medical marathon, and increases the patient's satisfaction with the treatment process. In addition, empathy can protect the patient from adverse health outcomes caused by poor communication. Empathy helps to build the relationship of trust between the doctor and the patient, prevent the emergence of conflicts and facilitate their resolution, reduce stress and burnout.

СЕКЦІЯ 5. ПРОБЛЕМА ЛІКАРЯ-ВИКЛАДАЧА – ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ТА ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ

ПРИНЦИПИ НЕВЕРБАЛЬНОГО СПІЛКУВАННЯ В НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ

*Марушко Юрій Володимирович,
завідувач кафедри педіатрії післядипломної освіти, професор,
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця
Бойко Наталія Сергіївна,
доцент кафедри педіатрії післядипломної освіти,
Інститут післядипломної освіти НМУ імені О.О.Богомольця
Чабанович Ольга Василівна,
доцент кафедри педіатрії післядипломної освіти,
Інститут післядипломної освіти НМУ імені О.О.Богомольця
Шеф Геннадій Геннадійович,
доцент кафедри педіатрії післядипломної освіти,
Інститут післядипломної освіти НМУ імені О.О.Богомольця*

Анотація. В статті розглядаються принципи невербального спілкування при викладанні педіатрії. Враховуючи, що 80-90% інформації сприймається через невербальні засоби комунікації, на сьогодні стало актуальним відновлення культури спілкування між лікарем та пацієнтом. В статті проведений аналіз використання невербальних тренінгових вправ під час практичних занять з педіатрії, які допоможуть майбутнім лікарям розвинути навички невербальної комунікації, встановити контакт з пацієнтом/його родичами та перетворити на внутрішню потребу вдосконалювати техніку фахового спілкування. Вміння ефективно спілкуватися є складовою успішного лікування пацієнтів.

Ключові слова: невербальне спілкування, навчальний процес.

Abstract. The article discusses the principles of non-verbal communication in teaching pediatrics. Taking into account that 80-90% of information is perceived through non-verbal means of communication, today it has become urgent to restore the culture of communication between the doctor and the patient. The article analyzes the use of non-verbal training exercises during practical classes in pediatrics, which will help future doctors to develop non-verbal communication skills, establish contact with the patient/his relatives and turn into an internal need to improve professional communication techniques. The ability to communicate effectively is a component of successful patient treatment.

Keywords: non-verbal communication, educational process.

В умовах війни, коли зросла емоційна напруга, спостерігається збільшення депресивних станів не тільки серед дорослих, а й дітей, складним стало спілкування та налагодження відносин між людьми. За останній час змінились етико-деонтологічні підходи при викладанні педіатрії, важливим стало удосконалення різних засобів комунікації: мови, як метода вербальної комунікації та невербальних прийомів спілкування - жестів, міміки, інтонації, рухів тіла.

Невербальні засоби спілкування забезпечують психологічний контакт між партнерами, доповнюють та збагачують словесний текст [2, с. 16-17]. Згідно сучасних досліджень, 55% інформації сприймається через вираз обличчя, пози і жести, а 38% — через інтонації та модуляції голосу. Звідси витікає, що тільки 7% залишається на долю слів, які сприймає реципієнт. Тобто, те, як ми говоримо, важливіше того, що саме ми говоримо. [2, с. 14].

Для невербального спілкування існує досить багато засобів. Найбільш розповсюдженою формою спілкування є кінетика, а саме жести, вирази обличчя та очей, візуальний контакт, пози, рухи тіла, одяг, аксесуари і манери. Надзвичайно потужним інструментом впливу та переконання є голос та його інтонації. Завдяки голосу при спілкуванні з пацієнтом ми можемо висловити такі позитивні емоції, як ніжність, ласку, співчуття, жалість, і навіть біль. З метою забезпечення комфортності спілкування важливим є знання правил вибору місця та відстані між лікарем і пацієнтом. Найбільш реальною та зручною для формального спілкування є персональна зона, коли відстань між лікарем і пацієнтом від 45 до 120 см. [2, с. 175]. Звісно, що лікарі відносяться до тактильно-активних людей, тому терапевтичний та турботливий дотик вважається одним із засобів спілкування і може бути використаним як вираз участі в лікуванні. Дітям або їх родичам, які знаходяться в тривожному стані, зазвичай необхідні співчуття, розрада, підтримка або допомога. Тому вони потребують більших дотиків і таким чином отримують психологічну підтримку.

Враховуючи, що епідемія Ковід-19 та повномасштабна війна перевела учбовий процес на он-лайн формат, 68 % студентів та 43% інтернів втратили навички будь-яких форм комунікацій.

Однією із складових компетенцій лікаря є досконале володіння технікою спілкування, що вимагає від викладача проводити тренінгові вправи на комунікацію між майбутніми лікарями та пацієнтами та їх родичами під час практичного заняття. Тому на сьогодні, коли відновилось оф-лайн навчання, необхідним стало відновлення культури спілкування.

На наш погляд актуальними залишаються принципи ефективного консультування, які викладені в клінічному протоколі медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років.

«При спілкуванні з матір'ю та іншими членами сім'ї важливо використовувати навички ефективного спілкування. Існує 6 основних навичок, які використовуються для ефективного спілкування, використовувати невербальне спілкування: задавати "відкриті" запитання; реагувати та жестикулювати, виражаючи тим самим зацікавленість; відображати слова матері; проявляти співчуття, співпереживання (емпатію); уникати використання оцінюючих слів.» [3]

Формуванню навичок невербального спілкування майбутніх лікарів сприяють практичні заняття, починаючи з пропедевтики педіатрії, закінчуючи навчанням в інтернатурі. На сьогодні вельми актуальним є навчити майбутніх лікарів, особливо лікарів-реабітологів встановити контакт, зрозуміти і налагодити відносини з дітьми війни та їх батьками, проникнути у їх внутрішній світ, психологічно допомогти, подарувати надію в майбутнє. Впевнені, що і в післявоєнний час техніка комунікації буде залишатися актуальною та потребувати удосконалення.

Враховуючи вимоги часу, на кафедрі педіатрії післядипломної освіти при проведенні занять зі студентами, інтернами та навіть слухачами, викладачі звертають увагу на особливостях техніки спілкування. На кожному занятті під час діалогу між лікарем та пацієнтом і/або їх родичами викладач пропонує певні форми комунікації, створює клінічні ситуації для того, щоб спілкування було ефективним, щирим, емоційно комфортним на користь як фізичного, так і психологічного видужання.

Важливою складовою спілкування є активне слухання – коли майбутній лікар повинен показати, що уважно слухає пацієнта, для встановлення зворотнього зв'язку задає необхідні питання, таким чином отримує важливу інформацію. І коли студенти/інтерни/слухачі працюють біля ліжка хворого, викладач є прикладом активного слухача, коректує діалог між майбутнім лікарем і пацієнтом, доповнює опитування і робить акценти на важливі моменти. Крім того, викладач слідкує за поставою, жестами, мімікою обличчя та голосом майбутніх лікарів. Згодом, в навчальній кімнаті, аналізує роботу лікарів з пацієнтами та пропонує вивчити значення різних жестів, постави та міміки, використовувати невербальні сигнали досвідчених викладачів, застосовувати усі можливості голосу – тон, швидкість мовлення, акценти. Це допоможе майбутнім лікарям бути більш впевненим в собі та формувати позитивне спілкування. Викладач рекомендує при спілкуванні посміхатися та дивитися у вічі (контакт очима). Такий підхід полегшує взаєморозуміння та сприяє спільним цілям, а також забезпечує уникнути конфліктів.

Відомо, що конфлікти є невід'ємною складовою роботи лікаря, наша задача допомогти тим, кого ми навчаємо, як їх вирішити. Якщо під час спілкування з пацієнтом виник конфлікт, пропонуємо керуватися наступними принципами - дайте кожній стороні можливість висловитися без перебивання, уникайте обвинувачень, шукайте компроміс. Важливо навчити вирішувати конфлікти шляхом ефективної комунікації, щоб зберегти взаємини та досягти взаєморозуміння.

Велике значення має тип запитання. В клінічних умовах при спілкуванні з пацієнтом треба продемонструвати різницю між «закритим» та «відкритим» питанням. Наприклад: « У Вашої дитини пронос?». Відповідь: «Ні». В результаті ніякої інформації ми не отримали, тому що питання було закритим. Якщо змінити формат питання, перевести в відкрите: « Опишіть характер випорожнень», ми отримаємо достовірно важливу інформацію. Тому важливою умовою ефективного спілкування є формування «відкритих» питань, таких, які б дали можливість отримати максимально необхідну інформацію.

Для розвитку емпатійного переживання в процесі спілкування майбутніх лікарів та пацієнтів/родичів викладач повинен навчити вірно реагувати на відповіді, наприклад, кивнути головою, посміхнутися, щоб пацієнт/родич був впевнений, що його уважно слухають. Дітям можна підготувати символічні подарунки (ручки, олівці, малюнки, наклейки). Наш досвід показав, що навіть коли просиш дитину намалювати малюнок, це працює як елемент емпатії. Цікавим є факт, що діти з онкогематологічною патологією на таке прохання переважно малюють сонечко, квіти, свій будинок, таким чином висловлюють свої внутрішні переживання.

Вищезазначений протокол рекомендує повторювати сказані пацієнтом/родичем слова, таким чином засвідчитись, що лікар вірно зрозумів почуте. Оскільки невербальне спілкування використовується одночасно з вербальним (мовою) - необхідним є пояснити майбутнім лікарям

обережно підбирати слова для діалогу, уникати використання оцінюючих, особливо негативних слів. Це може бути сприйнято пацієнтом/родичем, як невірна дія. Навпаки, обов'язково похвалити матір за те, що вона робить все вірно; дати матері пораду, як необхідно доглядати за дитиною, перевірити, як мати зрозуміла пояснення.

Систематичне використання принципів невербального спілкування при проведенні практичних занять з педіатрії показало, що, по-перше, це визвало велику зацікавленість зі сторони майбутніх лікарів. В результаті анкетування 28% студентів та 42% інтернів відмітили, що вони стали більш впевнено встановлювати контакт з пацієнтами та їх родичами. Наші рекомендації втілюються не тільки в навчальний процес, а й практичну педіатрію через слухачів циклів тематичного удосконалення. Оскільки процес спілкування двобічний, другим важливим моментом була позитивна реакція пацієнта та його родичів на ефективну комунікацію. 73% батьків відмічали більшу довіру до лікаря, психологічну підтримку, гарну налаштованість на видужання та надію в майбутнє.

Таким чином, вміння ефективно спілкуватися є складовою успішного лікування пацієнтів. Враховуючи, що 80-90% інформації сприймається через невербальні засоби комунікації, важливим є навчити та удосконалити невербальне спілкування в професійній діяльності лікаря, особливо під час війни. Досягнуті вершини майстерності спілкування будуть зберігати свою актуальність і в післявоєнний час. Це допоможе нашим пацієнтам подолати депресивні стани, досягти загальної мети – зберегти фізичне та психологічне здоров'я. Представлені тренінгові вправи на комунікацію допоможуть майбутнім лікарям розвинути навички невербальної комунікації, встановити контакт зі співрозмовником та вирішити конфлікти, перетворити на внутрішню потребу вдосконалювати техніку фахового спілкування.

Список використаних джерел

1. Етика спілкування як складова частина менеджменту в системі охорони здоров'я. Навчально-методичний посібник для лікарів – інтернів та лікарів – курсантів // Автори: Рогач І. М., Шніцер Р.І. Ужгород – 2010
2. Ковалінська І. В. Невербальна комунікація. – К. : Вид-во «Освіта України», 2014. – 289 с.
3. Наказ МОЗ України N 149 від 20.03.2008 Про затвердження Клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років

THE ROLE OF A FOREIGN LANGUAGE IN PROFESSIONAL TRAINING FOR MEDICINE

Galina Volkova

*Candidate of Pedagogical Sciences, Docent,
Assoc. Professor at the Department of Foreign Languages
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University*

Abstract. Multidisciplinary integration together with interactive methods significantly activate forms of educational process, as they contribute to the emergence of a positive emotional state from cognitive communication, awareness of the capacity to enter international communicative intercourse, lowering the level of anxiety and removing psychological barriers when generating foreign linguistic professional competence implementation into real practice.

Keywords: professional communication, competence, multidisciplinary, motivation, interactive methods.

Introduction. Training of modern specialists involves improving the content, forms and methods of teaching. Focus on active, contextual learning has become one of the significant components of the strategy for restructuring higher professional education especially at present in Ukraine, in martial law conditions.

Goal. The role of a foreign language is increasing not only as a means of professional communication, but also as a means of achieving social roles. Therefore, there is a need to search for new approaches to teaching a foreign language at a university in order to train a specialist whose professional competence becomes deeper thanks to knowledge of a foreign language.

Results. In the medical university, the study of a foreign language is aimed at obtaining scientific, professionally relevant information; to master the types of speech activity that allow you to use this information. A foreign language serves as a means of communication, a means of receiving and transmitting information about the surrounding reality. While descriptive techniques have traditionally prevailed in educational practice, the modern trend actively introduces projective techniques based on the development of cognitive needs associated with professional motives because with the help of a foreign language students

expand their professional knowledge and horizons. The need to acquire new knowledge in a specialty becomes a motive for speech activity when students realize that a foreign language is a means of extracting personally significant, professionally valuable information from foreign literature. The practical use of this information when performing speech activity evokes a feeling of satisfaction of the cognitive needs of students and has a positive effect on their attitude towards a foreign language.

To achieve the main goal of training a competent specialist it is necessary to comply with certain conditions in the organization of the learning process. Professionally significant issues and subjects must be learnt from the perspective of integrating multidisciplinary knowledge. The use active methods of acquiring new information are of special importance.

At the medical university thematic cycles of career guidance texts is a condition for the development of motivation, which develops in students the desire to use foreign literature for getting their knowledge in special subjects. Therefore, in teaching reading texts containing new, unknown information on these branches of medicine, the students are instructed on the importance of the having or getting both general and professional intellectual ground, which contributes to the implementation of interdisciplinary connections.

The use of interactive methods makes it possible to ensure a high degree of activity and independence of all its participants. In the context of professionally oriented training, we use the following methods of interactive training: business games, disputes, discussions, performances, conferences. They simulate those problematic situations that occur in the professional activities of a specialist in real conditions.

Conclusion. Practice shows that interactive methods significantly activate forms of educational activity, as they contribute to the involvement of the majority of students in joint activities to achieve their goals, the emergence of a positive emotional state from cognitive communication, awareness of the need to achieve and enter into this communication, lowering the level of anxiety and removing psychological barriers when generating foreign linguistic professional competence implementation into real practice.

References

1. Волкова Р.П. Інтерактивні технології навчання у вищій школі/ Р.П. Волкова. - Дніпро; 2018. - 360 с.
2. Засоби і технології єдиного інформаційно-освітнього простору/За ред. В.Ю. Бикова, Ю. О.Жука. – К.2004. –240 с
3. Методичні рекомендації щодо забезпечення якісного вивчення, викладання та використання англійської мови у закладах вищої освіти України. Наказ Міністерства освіти і науки України 25 липня 2023 року № 898. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0898729-23#Text>
4. Шарко В. Д. Сучасний урок: технологічний аспект : посібник для вчителів і студентів [Текст] / В. Д. Шарко. – К., 2006. – 220 с.
5. Evstigneev M.N. The structure of ICT competence of a foreign language teacher // Language and culture. 2011. №1. - P. 119-125.
6. Perraton, H. A theory for distance education. In D. Sewart, D. Keegan, & B. Holmberg (Eds.), Distance education: International perspectives. - New York: Routledge, 1988. - Pp. 34–45.
7. Ronald C. Doll, Curriculum Improvement: Decision Making and Process (9th Edition). Boston.:Allyn and Bacon Inc. 1995 - 465 p
8. Sharipova Feruza*, Akhmedova Aziza, Jalilova Nilufar. Interactive Learning in the Medical English Classroom. URL: https://www.researchgate.net/publication/341288159_Interactive_Learning_in_the_Medical_English_Classroom

ІНТЕГРАЦІЯ ІННОВАЦІЙНИХ МЕТОДІВ ТА ПІДХОДІВ ЛІКАРЕМ-ВИКЛАДАЧЕМ

*Довбиш Ігор Михайлович,
асистент кафедри урології,
Коломоєць Юлія Сергіївна,
асистент кафедри урології,*

Запорізький державний медико-фармацевтичного університет

Анотація. Проблема лікаря-викладача, пов'язана з інтеграцією інноваційних методів та підходів у процес викладання, виводить на передовий план виклики, з якими зіштовхуються лікарі-викладачі. Дана проблема обумовлена відсутністю часу та ресурсів, суперечливістю з традиційними методами, невпевненістю в ефективності новацій, потребою в постійному професійному розвитку та культурними бар'єрами в охороні здоров'я. Для її розв'язання необхідно створити сприятливе

середовище, яке враховує індивідуальні та системні аспекти, а також надає підтримку лікарям-викладачам у впровадженні інноваційних педагогічних методів та розвитку їхнього професійного потенціалу.

Ключові слова: інноваційний метод, педагогіка, компетентність, навчання, освіта.

Abstract. The problem of the doctor-teacher, related to the integration of innovative methods and approaches in the teaching process, brings to the fore the challenges faced by doctor-teachers. This problem is due to the lack of time and resources, inconsistency with traditional methods, uncertainty in the effectiveness of innovations, the need for continuous professional development, and cultural barriers in health care. To solve it, it is necessary to create a favorable environment that takes into account individual and systemic aspects, and also provides support to teaching doctors in the implementation of innovative pedagogical methods and the development of their professional potential.

Keywords: innovative method, pedagogy, competence, training, education.

Педагогіка в медичній освіті пояснює та описує організацію навчального процесу, включаючи доклінічний етап. Вона виявляє успішність чи неуспішність педагогічних методів та допомагає оптимізувати процес навчання студентів. У результаті, педагогіка істотно впливає на формування комплексних навичок студента, роблячи його як досвідченим клініцистом та ефективним освітником і комунікатором.

Ключові поняття педагогіки, це об'єкт та суб'єкт навчання. Об'єкт навчання у педагогіці представляє людину у різних ролях: студента, учня, колеги. Навчання спрямоване на формування знань, навичок, компетенцій та розвиток особистості в контексті медичної діяльності. Суб'єкт навчання – це той, хто здійснює педагогічну діяльність. У контексті педагогіки, це лікар-викладач, який має певні педагогічні навички. Лікар-викладач, як суб'єкт, грає активну роль у навчанні та вихованні студентів та інших учасників охорони здоров'я. Лікар-викладач несе відповідальність за створення сприятливого освітнього середовища, ефективну комунікацію зі студентами, розвиток емпатії та розуміння. Він бере активну участь у процесі навчання, сприяючи формуванню комплексних професійних навичок у студентів та студентів. Одним із завдань лікаря-викладача в педагогіці є стимулювання активності студентів, зробивши їх суб'єктами свого навчання. Важливо, щоб студенти усвідомлювали свою роль у власному навчанні та брали активну участь у формуванні своїх професійних компетенцій.

Таким чином, педагогіка прагне створити взаємодію між суб'єктом (лікарем-педагогом) та об'єктом навчання (студентом), де акцент робиться не лише на передачі інформації, а й на розвитку активної ролі того, хто навчається у власній освіті та формуванні його професійних якостей.

Сучасні тенденції в методології викладання у вищій медичній освіті представлені традиційними методами навчання: Авторитарний стиль взаємодії, де викладач є суб'єктом, а той, хто навчається – об'єктом, як і раніше, досить поширений. Знання, які отримують через традиційні методи, можуть мати абстрактний характер і бути відірваними від практичних ситуацій.

Інноваційні методи, такі як активні та інтерактивні, надають можливості для розвитку пізнавальної сфери студентів. Вони стимулюють активність, підвищують ступінь суб'єктності студентів, розкривають творчий потенціал та сприяють формуванню професійного мислення.

Активні методи передбачають взаємодію студентів та викладача на рівних правах. Студенти не є пасивні слухачі, а є активні учасники навчального процесу. Викладач на інтерактивних заняттях спрямовує діяльність студентів, підтримуючи в досягненні цілей. Такі методи дають змогу побачити складний ландшафт освітньої методології у медичній освіті, де існуючі традиції взаємодіють із поступовим впровадженням інноваційних та інтерактивних методів. Необхідно наголосити на важливості використання активних та інтерактивних методів у медичній освіті.

Виділимо кілька ключових аспектів - формування навчальної компетентності: застосування активних та інтерактивних технологій спрямоване на формування у студентів навчальної компетентності. Навчальна компетентність дозволяє учням опанувати метазнання, включаючи вміння самостійно вирішувати завдання самоосвіти. Особистісні та професійні якості: активні та інтерактивні методи навчання сприяють розвитку дивергентного мислення та креативності. Вони також формують комунікативні навички, сприяють роботі у колективі, співпраці та розвивають професійне клінічне мислення.

Активні та інтерактивні методи у медичній освіті: - лабораторні практикуми, вирішення клінічних завдань, навчальні рольові та ділові ігри, а також навчально-дослідницька робота – це деякі з методів, що застосовуються у медичній освіті. Вони забезпечують проблемність, що відповідає специфіці мислення майбутніх лікарів. Прикладом використання цих методів включають:

лабораторні практикуми з муляжами та фантомами, навчальні рольові ігри, а також науково-дослідну роботу студентів. Активні та інтерактивні методи формують не тільки знання та навички, а й стають частиною професійної культури майбутніх лікарів. Дані методи необхідні у формуванні не лише професійних, а й особистісних якостей майбутніх медичних фахівців та надають різноманітні інструменти для ефективного реалізації компетентнісного підходу у навчальному процесі.

Активні методи навчання: впровадження проблем у лекції сприяє активізації студентів та стимулює критичне мислення. Використання ігор як індивідуальне завдання допомагає зробити навчання більш цікавим та залучаючим. Включення прикладів, кейсів до індивідуальних завдань сприяє розвитку практичних навичок. Імітація реальних ситуацій навчає студентів роботі в умовах, наближених до професійної практики. Використання навчальних тренажерів та автоматизованих навчальних систем може покращити індивідуалізацію навчання. Лабораторні заняття надають можливість студентам здобути практичний досвід у контрольованих умовах. Використання комп'ютерів для індивідуальних занять забезпечує доступ до різноманітних навчальних матеріалів та програм. Заняття – конференція, тренінг, дебати, мозковий штурм – ці формати дозволяють студентам брати активну участь в обговоренні та обміні думками. Використання кейс-методу та інших форматів дозволяє вирішувати проблемні ситуаційні завдання, розвиваючи творче мислення. Організація дискусій стимулює обмін думками та розвиток аргументації. Робота з тренажерами та імітаторами забезпечує практичний досвід безпечного навчання. Технології симуляції та аналіз клінічних випадків збагачують процес навчання. Участь у заходах розвиває у студентів професійне спілкування та подання результатів досліджень. Проекти та екскурсії сприяють практичному застосуванню знань та умінь у реальному середовищі.

Усі ці методи надають можливість створення різноманітних та інтерактивних навчальних сценаріїв, збагачуючи освітній досвід студентів.

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ПІДХОДІВ ДО ВИКЛАДАННЯ У КОЛЕДЖІ

*Кілієва Ольга Павлівна,
директор, Медичний фаховий коледж
Запорізького державного медико-фармацевтичного університету
Брагар Наталія Олексіївна,
заступник директора Медичний фаховий коледж
Запорізького державного медико-фармацевтичного університету
Шкопинська Тетяна Євгенівна,
к.г.-г.н, зав.відділенням, ЗДМФУ
Четвертак Тетяна Юріївна,
к.пед.н, методист, ЗДМФУ
Поправко Марина Іванівна,
завідувача практикою, ЗДМФУ*

Розвиток професійного зростання педагогічної спільноти Медичного фахового коледжу Запорізького державного медико-фармацевтичного університету залишається одним з ключових позицій стратегічного планування та забезпечення якості надання професійної медичної освіти за рахунок вдосконалення людського ресурсу. Готовність до впровадження інноваційних методів викладання є одним з показників вдалого розвитку викладачів МФК ЗДМФУ в рамках роботи школи становлення викладача [1]. Погоджуємось з думкою вітчизняної дослідниці Колісник-Гуменюк Ю.І., яка вважає, що «інноваційна педагогічна діяльність викладача – комплексна багатофункціональна творча діяльність, спрямована на організацію взаємодії суб'єктів навчально-виховного процесу та забезпечення розвитку інноваційної особистості студента, формування його готовності до застосування, розроблення та впровадження педагогічних інновацій у системі освіти; інноваційний професійний та особистісний саморозвиток викладача; здатність до створення і застосування новацій навчальному процесі. Упровадження інноваційних педагогічних технологій на практиці дозволяє вирішувати проблеми індивідуалізації та диференціації навчання, формування та розвитку особистої освітньої перспективи. При цьому спостерігається зростання професійної компетентності майбутніх фахівців, відслідковується формування сучасного стилю мислення з характерними ознаками (креативністю, системністю, гнучкістю, динамізмом, перспективністю, об'єктивністю, концептуальністю)» [3, с. 11]. А також, зазначимо, що за дослідженням науковців Кушлик О.Ю.,

Рішук Л.І. «в основі ефективних методів навчання студентів лежать активні методи, які допомагають формувати творчий, інноваційний підхід до розуміння професійної діяльності, розвивати самостійність мислення, вміння приймати оптимальні в умовах певної ситуації рішення. Рішення про застосування конкретних форм навчання з дисципліни викладачем приймається після проведення адаптаційного тренінгу на початку навчального циклу. Викладачі звертають увагу на рівень професійної компетентності студентів, рівень активності і швидкості засвоєння матеріалу» [2, с. 18]. Подібну думку розділяє вчена Полтавська А.С., яка впевнена, що «застосування інноваційних стратегій у навчанні з використанням цифрових технологій, зокрема через адаптивне навчання (Adaptive Teaching) – створення персоналізованого шляху через навчальний контент, що ґрунтується на багаторічних методах навчання з використанням сучасних комп'ютерних технологій; врахування аналітики емоцій (Analytics Of Emotions) – застосування автоматизованих методів відстеження очей та розпізнавання обличчя, що можуть аналізувати, як студенти навчаються, що базуються на поєднанні комп'ютерних систем когнітивного навчання з експертними знаннями викладачів людини щодо реагування на емоції та диспозиції студентів, щоб викладання могло стати більш чутливим до особливостей і потреб студента; а також застосування прихованої оцінки (Stealth Assessment) – автоматичний збір даних, який відбувається у фоновому режимі, коли студенти працюють із багатим цифровим середовищем, може бути застосований до ненав'язливої, прихованої оцінки їхніх навчальних процесів» [2, с. 5]. Отже, викладачі клінічних дисциплін МФК ЗДМФУ враховують рекомендації провідних методичних кабінетів країни та використовують в своїй роботі інноваційні підходи до викладання, зокрема адаптивне навчання, врахування аналітики емоцій та застосування прихованої оцінки, подібні інноваційні стратегії позитивно впливають на якість освітнього процесу коледжу.

Список використаних джерел

1. Медичний фаховий коледж ЗДМФУ – Школа становлення викладача. URL: https://college.mphu.edu.ua/p_213.html.
2. Круглий стіл: Інноваційні методи викладання у вищій школі: обмін досвідом та кращі практики / за ред. д.е.н., професора Полянської А.С. Івано-Франківськ: ІФНТУНГ, 2020. 19 с.
3. Колісник-Гуменюк Ю.І. Методичні вказівки до вивчення модуля «Інноваційні та інтерактивні технології навчання»: наук. метод. розробка / Ю.І. Колісник-Гуменюк. Львів: ЛННЦПО, 2018. 24 с.

СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ ІЗ ТРАВМАМИ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ

*Кологойда Владислав Русланович
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
Науковий керівник: к.н.фіз.вих., доцент Циганок В.І.*

Актуальність теми. Сучасна ортопедія та травматологія досягла значних успіхів у лікуванні патології колінного суглоба різного генезу, виконання малоінвазивних хірургічних (артроскопічних) втручань в тій чи іншій мірі відновлює та нормалізує анатомічні співвідношення у цьому суглобі [1, с. 625; 3, с. 105], але не ліквідує його функціональну неповноцінність (атрофія і слабкість м'язів, порушення координації та обмеження рухів, розвиток рубцево-спайкового процесу, явища локального остеопору тощо), у зв'язку з чим виникає необхідність проведення тривалого відновного лікування, направлено на поліпшення функції суглоба. Це викликає необхідність постійного удосконалення методів реабілітації для швидкого і ефективного повернення пацієнтів до повсякденної активності. Сучасні медичні технології постійно розвиваються, що відкриває нові можливості для ефективної реабілітації травм колінних суглобів [2, с. 280]. Використання таких методів, як фізіотерапія, робототехніка, використання терапевтичних вправ дозволяють індивідуалізувати програми реабілітації для кожного пацієнта.

Таким чином, постійна розробка та вдосконалення програм реабілітації, спрямованих на оптимізацію процесу відновлення після травми є особливо актуальною.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати особливості технологічних підходів до формування програми реабілітації спортсменів із травмами колінних суглобів.

Методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення науково-методичної літератури.

Результати дослідження. Ефективність реабілітації спортсменів залежить від правильної оцінки функціональних порушень з боку колінного суглоба, які вимагають корекції після

проведеного артроскопічного втручання. Більшість функціональних порушень пов'язані як з передопераційними ушкодженнями структур колінного суглобу, терміну від пошкодження структур суглоба до їх відновлення (чим довше триває порушення функції суглоба, тим триваліша реабілітація), так і з безпосередньою реакцією організму на хірургічне втручання і з особливостями перебігу репаративних процесів у післяопераційному періоді [4, с. 419].

Загальні підходи до складання програми реабілітації після артроскопічних втручань на колінному суглобі включають:

1) раціональне поєднання методів консервативного лікування (у тому числі і медикаментозного) на всіх етапах реабілітації;

2) комплексне використання засобів реабілітації з урахуванням механізмів їх терапевтичної дії і патогенетичної спрямованості;

3) послідовна корекція функціональних порушень зі сторони колінного суглоба та навколосуглобових м'язів відповідно до завдань кожного з етапів лікування;

4) диференційоване використання лікарських засобів залежно від етапу лікування і ступеня статодинамічних порушень;

5) поєднання лікувальних заходів із раціональним ортопедичним режимом (імобілізація, ортезування-протезування, осьові навантаження);

6) регулярність курсового лікування засобами фізичної реабілітації з урахуванням досягнень на кожному з періодів лікування.

Програма реабілітації після артроскопічних втручань на колінному суглобі у спортсменів має бути розділена на кілька послідовних фаз, для кожної з яких ставлять мету і завдання та визначають засоби їх досягнення, а також мають бути враховані такі підходи:

- раннє навантаження і розробка рухів у суглобі;
- контроль набряку і синовіту в колінному суглобі;
- уникнення зайвого навантаження на прооперований суглоб;
- раннє зміцнення м'язів нижньої кінцівки для забезпечення динамічної стабільності в колінному суглобі.
- тренування пропріоцепції, координації та перенавчання м'язового контролю за поставою, ходою та виконанням специфічних (професійних) рухів – стрибків, бігу.

Висновки. Аналіз основних ушкоджень кульшового суглоба, принципів їх лікування та загальних принципів лікування колінного суглобу є важливим для розуміння потреб пацієнтів та вибору найбільш ефективних методів реабілітації. Артроскопічне лікування травм колінного суглоба є ефективним втручанням для відновлення функцій та зниження болю у спортсменів із патологією цього суглоба.

Не всі програми реабілітації спортсменів з травмами колінного суглоба є достатньо розробленими, що вказує на важливість подальших досліджень і вдосконалення підходів до реабілітації. Оптимальні програми фізичної терапії після такого втручання повинні бути індивідуалізованими, враховувати стан здоров'я та фізичні можливості кожного пацієнта.

Список використаних джерел

1. Баяндіна О., Катюкова Л., Стрельник М., Русанов А., Ніканоров О. Фізична реабілітація пацієнтів після артроскопічної реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба на пізньому післяопераційному періоді. Фізична культура, спорт та здоров'я нації. 2014. № 17. С. 625–629.
2. Theo J., Jan T., Anja H., Heiner B., Roger H., Slavko R. Continuous Passive Motion Does Improve Range of Motion, Pain and Swelling After ACL Reconstruction: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2019. № 157(3). P. 279–291.
3. Vasileios K., Argyro K., Alexandra K., Stefanos K., Rodney W. Current perspectives and clinical practice of physiotherapists on assessment, rehabilitation, and return to sport criteria after anterior cruciate ligament injury and reconstruction. Physical Therapy in Sport. 2021. № 52. P.103–114.
4. Werner K., Zellner J., Baumann F., Pfeifer C., Nerlich M., Angele P. Timing of anterior cruciate ligament reconstruction within the first year after trauma and its influence on treatment of cartilage and meniscus pathology. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2017. № 25(2). P. 418–425.

ВПЛИВ ІННОВАЦІЙ НА РОЗВИТОК МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Куліченко Алла Костянтинівна,
доцент кафедри іноземних мов,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Активна розробка та впровадження новаторських методів у навчанні становлять важливий складовий елемент успішного виконання завдань щодо професійної підготовки майбутніх фахівців. Цей процес визначається не лише впровадженням передових методик, але й тісною взаємодією традиційних підходів і творчих досягнень, що виникають у результаті інноваційної освітньої діяльності. Таке гармонійне поєднання дозволяє створити збалансоване та прогресивне середовище для навчання, сприяючи якісній підготовці майбутніх фахівців у певній галузі.

Останні тенденції в медицині визначаються високою швидкістю розвитку та використанням інновацій. О. Бомз зі співавторами зазначають, що «новітня практика медицини виходить за межі лікарської кімнати швидше, ніж будь-коли, і спирається на інтеграцію фундаментальних наук, інновацій та досліджень у галузі біотехнологій біля ліжка пацієнта. Лікарі, що володіють клінічними знаннями, можуть визначати та розв'язувати актуальні та нагальні проблеми набагато простіше та якісніше» [1, с. 436].

Б. Дейвіз зазначає, що інновації в медичній освіті є важливим аспектом для відстеження сектору охорони здоров'я, який постійно розвивається та наводить такі ключові сфери, де інновації було помічено або застосовано зараз:

- технології віртуальної реальності та розширеної реальності;
- мобільні додатки для навчання;
- інтерактивні навчальні платформи;
- інтеграція штучного інтелекту в навчання;
- телемедицина;
- міжпредметне навчання;
- гейміфікація [2].

Л. Елліс звертає увагу на критичне значення постійного розвитку освітян у контексті швидкоплинного світу технологій. Її твердження про необхідність розширення власних знань відображає важливість для педагогів вивчення останніх можливостей, які надають сучасні технології, та їх використання для досягнення оптимальних результатів в освітньому процесі [3].

У своїх рекомендаціях щодо використання штучного інтелекту та інших інновацій у медичній освіті, Л. Елліс визначає п'ять ключових напрямків:

- *використання соціальних медіа*. Залучення студентів до освітнього процесу через соціальні медіаплатформи сприяє активній взаємодії та обміну ідеями;
- *використання віртуальної реальності та розширеної реальності*. Використання цих технологій надає студентам можливість отримати практичний досвід у віртуальному середовищі, що може бути особливо корисним у медичній галузі;
- *створення симуляцій*. Симуляції дозволяють студентам отримати практичний досвід та розвивати навички в контрольованому середовищі;
- *розуміння технології блокчейну*. Впровадження блокчейну може забезпечити надійне і безпечно збереження та передачу медичної інформації;
- *розумне використання генеративного штучного інтелекту*. Ефективне використання генеративного штучного інтелекту, такого як ChatGPT, може покращити комунікацію та забезпечити індивідуалізований підхід до навчання [3].

Також, починаючи з 2020 р., постає питання щодо балансу між використанням технологій в освітньому процесі та можливістю соціальної взаємодії в середовищі навчальних груп.

Освітняни визначають, чи забезпечують додаткова гнучкість та миттєвий зворотний зв'язок, які надають технології, достатньо вигод порівняно із можливою втратою соціальної інтеракції, особливо у випадках навчання віддалено. Можливий спад соціальної адаптації викликає занепокоєння медичних освітян та націлює на додання блогів та соціальних мереж до навчальних планів. Це свідчить про спробу зберегти аспекти соціальної взаємодії в умовах використання технологій. У випадку перевантаження технологіями, є необхідність розробки навчальних планів, які акцентують гуманістичний підхід до кожного студента, спрямовуючись на збереження людського виміру освіти в середовищі високих технологій [4, с. 798–799].

Додамо, що готовність до інновацій є одним з ключових аспектів професійної компетентності сучасного фахівця в медичній галузі, оскільки вона сприяє підвищенню мотивації до розвитку фахівця.

Отже, активна розробка та впровадження інновацій у навчанні та медицині визначають успішну підготовку фахівців. Поєднання передових методик і традиційних підходів створює збалансоване середовище для якісної освіти. У медицині інтеграція наук і біотехнологій виходить за рамки клінічної практики, підкреслюючи важливість інновацій. Технології віртуальної реальності, мобільні додатки та інші інновації шляхом інтеграції в навчання сприяють розвитку сектору охорони здоров'я.

Список використаних джерел

1. Boms O., Shi Z., Mallipeddi N., Chung J. J., Marks W. H., Whitehead D. C., Succì M. D. Integrating innovation as a core objective in medical training. *Nature Biotechnology*. 2022. No. 40. P. 434–437. <https://doi.org/10.1038/s41587-022-01253-x>

2. Davis B. Innovation in Medical Education. *LinkedIn* : website. URL: <https://www.linkedin.com/pulse/innovation-medical-education-bob-davis>

3. Ellis L. D. 5 Ways Medical Educators Can Use AI and Other Technologies. *Harvard Medical School* : website. <https://postgraduateeducation.hms.harvard.edu/trends-medicine/5-ways-medical-educators-can-use-ai-other-technologies>

4. Moran J., Briscoe G., Peglow S. Current Technology in Advancing Medical Education: Perspectives for Learning and Providing Care. *Academic Psychiatry*. 2018. No. 42. P.796–799. <https://doi.org/10.1007/s40596-018-0946-y>

РОЗГЛЯД ЕТИМОЛОГІЇ НАЗВ БОТАНІЧНИХ РОСЛИН ЯК ПРИЙОМ ПОЛІПШЕННЯ ЇХ ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ

Корнєєва Олена Миколаївна,
старший викладач кафедри мовних та гуманітарних дисциплін,
Касатська Анна Валеріївна,
студентка факультету фармації та стоматології
Донецький національний медичний університет

Анотація. У статті піднімається питання важливості запам'ятовування міжнародної ботанічної термінології. Для полегшення поставленої задачі пропонується розглядати етимологію латинських назв. Наведено інформацію про походження назв деяких лікарських рослин.

Ключові слова: ботанічна термінологія, назви рослин, латинська мова.

Abstract. The article discusses the importance of memorization of international botanical terminology. It is suggested to consider the etymology of Latin names to facilitate the task. Information on the origin of the names of some medicinal plants is provided.

Key words: botanical terminology, plant names, Latin.

Латинська ботанічна термінологія є міжнародною, тому що нею послуговуються біологи, аграрії, лікарі та фармацевти різних країн. Це допомагає об'єднанню вчених для спільного вирішення проблем з різних галузей. Тож, наприклад, студенти медичних вузів мають запам'ятати ботанічні назви найбільш розповсюджених лікарських рослин. Але багато майбутніх спеціалістів стикаються зі складнощами при вивченні абстрактних у їх сприйнятті лексем латинського або грецького походження.

Одним із шляхів вирішення цієї проблеми може бути ознайомлення з етимологією назв ботанічних рослин, багато з яких мають цікаве або навіть міфологічне походження. При такому підході ми можемо опиратися на фонові знання студентів з дисципліни «Латинська мова», та отриманих в школі на уроках історії і зарубіжній літературі.

Розглянемо детальніше декілька прикладів.

Так, *деревій звичайний* називається *Achillea millefolium*, і походить від імені давньогрецького героя міфів Ахілла. За легендою він використовував сік цієї рослини як кровоспинний засіб, рятуючи солдат на полі бою.

Щодо назви *полину гіркокого* або *Artemisia absinthium* існує декілька версій, перша з яких пов'язана з грецькою богинею Артемідою (Artemis). Також, з давніх часів люди знали цілющі властивості полину, а *artemes* перекладається з грецької, як «здоровий». Давньоримський вчений Пліній притримувався іншої гіпотези, і стверджував, що рослина названа на честь дружини короля Мавзола, яка використовувала полин в лікувальних цілях. Латинський же іменник же *absinthium*

утворений від грецького *apsinthos* (заперечний префікс *a*, який вказує на відсутність того, що вказано основою + *psinthos* «насолада»), що обумовлено гірким смаком соку цієї рослини.

Горцивіт весняний або *Adonis vernalis* отримав свою назву на честь прекрасного юнака, у якого була закохана сама Афродита. За легендою хлопець загинув під час полювання, а із крапель його крові невтішна богиня виростила квітку, яка символізує циклічність життя природи. Прикметник же *vernalіs* перекладається з латини, як весняний – період цвітіння цієї рослини.

Добре відома в медицині *волошка синя* (*Centaurea cyanus*), яка використовується як сечогінний, потогінний та жовчогінний засіб, бере свою назву з легенд про кентавра Хірона (*centaurea* = *kentaurea*), який був відомий, як майстерний травник. *Cyanus* – латинізований грецький прикметник зі значенням «синій»

Досвід показує, що додаткова цікава інформація про походження назв рослин, як у вищезазначених прикладах, полегшує запам'ятовування студентами складних ботанічних термінів. Знайомство з етимологією назв рослин може запроваджуватися у вигляді пошуково-дослідницьких завдань, підготовки доповідей, тезисів, презентацій, як у рамках аудиторної, так і самостійної роботи.

Список використаних джерел

1. Перерва В. В. Латинь. Ботанічна термінологія. Кривий ріг: КДПУ, 2020. 120 с.
2. Смольська Л. Ю. Латинська мова і основи медичної термінології. К.: Медицина, 2008. 360 с.

УДОСКОНАЛЕННЯ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ПЕДІАТРІЯ»

*Марушко Юрій Володимирович,
доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри педіатрії післядипломної освіти
Шеф Геннадій Геннадійович,
кандидат медичних наук, доцент кафедри педіатрії післядипломної освіти,
Чабанович Ольга Василівна,
кандидат медичних наук, доцент кафедри педіатрії післядипломної освіти,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

Важливим компонентом якісної підготовки лікарів на основі набутої теоретичної бази є професійне засвоєння основних практичних знань і вмінь надання допомоги, якими повинен володіти майбутній фахівець. Практична підготовка лікарів-педіатрів має свої особливості з урахуванням віку пацієнтів, комунікативних навичок спілкування з батьками і родичами, особливостей перебігу захворювань у дітей, дозування призначених лікарських засобів у віковому аспекті і ін.

На кафедрі педіатрії післядипломної освіти НМУ імені О.О. Богомольця практичній підготовці лікарів-інтернів, які навчаються за спеціальністю «Педіатрія» завжди приділяють належну увагу, починаючи з удосконалення клінічного обстеження та семіотики уражень органів і систем у дітей [2, с. 3], техніки виконання практичних навичок [3, с. 3], особливостям догляду за хворою дитиною [1, с. 3].

Враховуючи виклики сучасності (пандемія, бойові дії), обмеженість в часі, певні ситуативні моменти (тривоги, періодична необхідність організації навчального процесу на змішаній чи дистанційній основі) виникає необхідність сучасних підходів забезпечення належного рівня практичної підготовки майбутніх лікарів-педіатрів.

З цих позицій на кафедрі педіатрії післядипломної освіти НМУ імені О.О. Богомольця відповідно до програми підготовки в інтернатурі за спеціальністю «Педіатрія» викладачами підготовлені у форматі відео основні методики, алгоритми практичних навичок, які повинен засвоїти і в досконалості володіти майбутній лікар-педіатр. Відеоролик практичної навички представлений у вигляді структурованого, доступного, стислого навчального матеріалу (від 2-3 до 5-7 хвилин в залежності від характеру навички). Основними моментами представлення є сутність навички, показання, методика чи техніка проведення, можливість ускладнень, безпека виконання. Всі відеофайли практичних навичок згенеровані на відповідному кафедральному диску. Можливість перегляду представленого матеріалу, за необхідності і повторного, дає можливість лікарям-інтернам візуально закріпити отримані знання з проведення практичних навичок, чіткіше представити характер і порядок дій при їх виконанні, провести самоаналіз.

Таким чином, можливість інтернів в процесі своєї підготовки використовувати в навчальному процесі відеоформат практичних навичок дає більшу впевненість лікарю при їх виконанні, удосконалює і покращує рівень професійної підготовки.

Список використаних джерел

1. Догляд за хворою дитиною в умовах педіатричного стаціонару (виробнича практика з педіатрії). Навчальний посібник / Ю.В. Марушко, О.Д. Московенко, О.В. Хомич – друге видання, перероблене і доповнене. – Київ-Хмельницький, ФО-П Сторожук О.В., 2021. – 111с.
2. Клінічне обстеження та семіотика уражень органів і систем у дітей / Ю. В. Марушко, Т. В. Гищак, С. А. Пісоцька, Т. В. Марушко – 5-те видання, перероблене і доповнене. – Київ-Хмельницький, ФОП Сторожук О. В., 2021. – 208 с.
3. Маніпуляції в педіатрії (показання та техніка виконання): навчальний посібник / Ю.В. Марушко, Т.В. Гищак, Ю.І. Тодика. – К. : ВСВ «Медицина», 2019. – 144с.

ФОРМУВАННЯ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ З ДИСЦИПЛІН ПЕДІАТРИЧНОГО ЦИКЛУ У СТУДЕНТІВ – РЕАБІЛОЛОГІВ

Марушко Юрій Володимирович

д.мед.н., професор, завідувач кафедри педіатрії післядипломної освіти,

Дмитришин Богдана Ярославівна

к.мед.н., доцент кафедри педіатрії післядипломної освіти,

Бовкун Оксана Анатоліївна

к.мед.н., асистент кафедри педіатрії післядипломної освіти,

Дмитришин Ольга Андріївна

асистент кафедри педіатрії післядипломної освіти,

Єсіпова Світлана Іванівна

к.мед.н., доцент кафедри педіатрії післядипломної освіти,

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Анотація. В статті представлено особливості викладання педіатричних дисциплін при підготовці фахівців спеціальності 227 Терапія та реабілітація. Висвітлені методи вивчення дисциплін «Пропедевтики педіатрії» та «Фізичної реабілітації в педіатрії». Підкреслено важливість компетентнісного підходу до навчання при підготовці якісного фахівця для формування фахових компетентностей у студентів. Зроблено висновок, що компетентнісний підхід до навчання у студентів-реабілологів полягає у формуванні базових компетенцій у роботі з хворими дітьми, які включають фахові знання, вміння, особистісні якості фахівця, а також навчальних компетенцій, тобто здатності навчатися впродовж усього професійного життя.

Ключові слова: фахові компетентності, педіатричні дисципліни, організація навчального процесу, фізична терапія та реабілітація, студенти.

Abstract. The article presents the peculiarities of teaching pediatric disciplines in training specialists in the specialty 227 Therapy and Rehabilitation. The methods of studying the disciplines "Propaedeutics of Pediatrics" and "Physical Rehabilitation in Pediatrics" are highlighted. The importance of a competency-based approach to teaching in the training of a quality specialist for forming professional competencies in students is emphasized. It is concluded that the competence-based approach to teaching rehabilitation students is to form basic competencies in working with sick children, which include professional knowledge, skills, and personal qualities of a specialist, as well as learning competencies, that is, the ability to learn throughout professional life.

Keywords: professional competencies, pediatric disciplines, organization of the educational process, physical therapy and rehabilitation, students.

Вступ. В умовах воєнного стану в Україні пріоритетним напрямком розвитку сучасної медичної науки стало багатокomпонентне комплексне лікування пацієнтів різного віку, зокрема дітей, з поєднанням різноманітного типу патології терапевтичного, хірургічного, неврологічного, психіатричного та інших профілів. В цьому ключі однією з найважливіших компонент медичної освіти стає підготовка фахівців спеціальності 225 Медична психологія та 227 Терапія та реабілітація. Медична психологія – унікальна спеціальність, завдяки якій можливе поєднання ґрунтовних знань психології з фундаментальними медичними та вузькоспеціальними вміннями, а фахівці ерго-, кінезотерапії, фізичні терапевти та реабілологи в умовах повномасштабної війни Росії проти

Україні вкрай необхідні в сфері медичних послуг. Ось чому підготовка грамотних фахівців вказаних спеціальностей займає важливе місце в спектрі діяльності нашого університету.

Сьогодні важливого значення для підготовки якісного фахівця набуває компетентнісний підхід до навчання, який дає можливість сформувати позитивні особистісні, поведінкові якості фахівця, посилити його прагнення до самовдосконалення. Фахова компетентність поєднує в собі такі основні складові, як функціональна, мотиваційна, загальнокультурна та громадянська. Власне такими якостями повинен володіти сам викладач, і саме такі якості слід намагатися формувати у майбутнього спеціаліста [5, с.94].

Поглиблення професійних знань і умінь, педагогічної майстерності, методичного арсеналу, що складає функціональний аспект компетентності викладача, досягається в процесі безперервної професійної освіти науково-педагогічних працівників шляхом проходження конкурсів на посади, лікарських атестацій на категорію, спеціалізацій, стажувань, тематичних удосконалень, фахових та педагогічних шкіл, семінарів, вебінарів, участі в роботі вітчизняних та зарубіжних конференцій, симпозіумів, з'їздів тощо.

Для студентів функціональний аспект фахової компетентності полягає насамперед у виконанні всіх вимог робочої навчальної програми з анонсованих предметів відповідно до освітньо-професійної програми фахівця, зокрема дисциплін виробничої практики; вмінні працювати з джерелами інформації, проводити дослідження, аналізувати та узагальнювати їх результати; брати участь у студентських науково-практичних конференціях, публікувати повідомлення.

Мотиваційна, громадянська та загальнокультурна складові фахової компетентності повинні сприяти зближенню мотивації до навчання у студентів та педагогічної мотивації і вимагають постійного підкріплення зі сторони викладача для досягнення спільного позитивного результату.

Мета роботи: оптимізувати методи вивчення педіатричних дисциплін за умов використання змішаної форми організації навчального процесу з метою формування фахових компетентностей у студентів спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія (Терапія та реабілітація).

Використано бібліографічний та інформаційно-аналітичний методи дослідження.

Основна частина. Відомо, що одним з актуальних питань сучасного навчання є формування фахових компетентностей і досягнення результатів навчання, набутих студентами. Компетентності – це динамічне поєднання знань, розуміння, навичок, умінь і здатностей, які набуваються і оцінюються на різних етапах вивчення дисципліни [6, с.7]. Тому формування інтегральної, загальної і особливо фахової компетентностей майбутніми спеціалістами набуває першочергового значення.

Наш університет здійснює підготовку фахівців першого (бакалаврського) та другого (магістерського) рівня вищої освіти галузі знань 22 Охорона здоров'я спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія. Відповідно до Освітньо-професійних програм (ОПП) складено робочі навчальні програми предметів педіатричного циклу, зокрема «Пропедевтики педіатрії» та «Фізична реабілітація в педіатрії». В ОПП чітко прописано компетентності та результати навчання, формуванню яких сприяють дані дисципліни. Так, основні загальні компетентності (ЗК 01 – ЗК 14) декларують розуміння професійної діяльності; здатність працювати в команді, мотивувати людей; спілкуватися державною та іноземною мовами; вчитися і оволодівати сучасними знаннями; мати навички аналізу інформації з різних джерел; використання інформаційних і комунікаційних технологій; вміння діяти соціально відповідально та свідомо на основі етичних міркувань; реалізувати свої права і обов'язки як члена суспільства, усвідомлювати цінності громадянського (вільного демократичного) суспільства.

Основні спеціальні компетентності (СК 05 – СК 14) передбачають здатність провадити безпечну для пацієнта та фахівця практичну діяльність з фізичної терапії, реабілітації, зокрема в педіатрії; виконувати базові компоненти обстеження у фізичній терапії та реабілітації: спостереження, опитування, вимірювання та тестування, документувати їх результати; допомогти пацієнту зрозуміти власні потреби, обговорювати та пояснювати зміст і необхідність виконання програми фізичної реабілітації; знаходити шляхи постійного покращення якості надання послуг.

Результатами навчання з дисциплін (ПР 01 – ПР 18) повинні стати спроможність майбутніх фахівців виконувати свої функціональні обов'язки, зокрема: застосовувати у професійній діяльності знання біологічних, медичних, педагогічних та психосоціальних аспектів фізичної терапії та реабілітації, надавати долікарську допомогу при невідкладних станах та патологічних процесах в організмі; вибирати оптимальні методи та засоби збереження життя; трактувати інформацію про наявні у пацієнта порушення за Міжнародною класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей та підлітків (МКФ ДП); реалізувати індивідуальні програми фізичної терапії; здійснювати заходи фізичної терапії для ліквідації або компенсації рухових

порушень та активності; оцінювати себе критично, засвоювати нову фахову інформацію, поглиблювати знання за допомогою самоосвіти, оцінювати й представляти власний досвід, аналізувати й застосовувати досвід колег та інші. Такий широкий спектр компетентностей і очікуваних результатів навчання вказує на надзвичайну актуальність якісної підготовки таких фахівців. У затверджених на 2023/2024 н.р. робочих навчальних планах підготовки здобувачів денної (очної) форми навчання в Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця вказано спеціальність 227 як «Терапія та реабілітація» для студентів, які навчаються відповідно до затвердженої ОПП «Фізична терапія». Зміна назви спеціальності свідчить про переосмислення змісту програм підготовки фахівців відповідно до потреб і вимог сьогодення. Саме цьому підпорядковано рішення адміністрації Університету реорганізувати медико-психологічний факультет в Інститут психічного здоров'я, а студентів спеціальності 227 «Терапія та реабілітація» підпорядкувати факультету підготовки спеціалістів для ЗСУ.

Не викликає сумнівів, що основою досягнення програмних результатів навчання стосовно фізичної терапії та реабілітації у дітей є ґрунтовне засвоєння пропедевтики педіатрії, зокрема анатомо-фізіологічних особливостей органів і систем, методики суб'єктивного та об'єктивного обстеження, семіотики уражень, найбільш поширених патологічних синдромів, інтерпретації додаткових методів дослідження. Якісне та методично грамотне викладання саме пропедевтичної терапії на другому курсі бакалаврату закладає базу для успішного подальшого засвоєння дисциплін «Фізична реабілітація в педіатрії» на четвертому курсі та «Фізична терапія в акушерстві, гінекології та педіатрії» на другому курсі магістерської програми.

Відомо, що у вищій медичній освіті традиційно використовуються наступні методи навчання: - словесні (лекція, бесіда, пояснення, розповідь, дискусія); - наочні (ілюстрування, демонстрування, спостереження); - практичні (самостійна робота, вправи). Зазначені методи навчання втілюються в такі основні форми організації навчального процесу, як лекції, практичні заняття, самостійна робота [6, с.13]. Кафедра педіатрії післядипломної освіти має достатньо тривалий досвід викладання дисциплін педіатричного циклу для студентів-реабілітологів зокрема.

На вивчення дисциплін «Пропедевтика педіатрії», «Фізична реабілітація в педіатрії» та «Фізична терапія в акушерстві, гінекології та педіатрії» навчальним планом впродовж одного з семестрів виділено по 3 - 4 кредити, приблизно половина з яких припадає на самостійну роботу.

В умовах воєнного часу, на жаль, домінують словесні та частково наочні методи навчання, практичні заняття з клінічних дисциплін мають об'єктивні обмеження через часткову відсутність доступу до пацієнтів.

Впродовж останніх років через пандемію COVID-19 та введення воєнного стану керівництвом Університету впроваджено очно-дистанційну (змішану) форму навчання для студентів різних курсів [4]. За умов очного навчання лекції читаються онлайн в режимі реального часу, при цьому зберігаються всі традиційні етапи проведення лекцій. Практичні заняття проводяться на клінічних базах, а навички та уміння відпрацьовуються студентами на муляжах, фантомах, пацієнтах. При дистанційній формі навчання практичні заняття проводяться онлайн на платформах Zoom, Google meet; для індивідуальної роботи зі студентами та консультацій використовується також Viber, Telegram, WhatsApp.

У разі несприятливої воєнної чи санітарно-епідемічної ситуації, неможливості проведення практичних занять на клінічних базах та з метою підготовки до атестації з практичних навичок адміністрація Університету виділила навчальні приміщення, розміщені в основних корпусах вузу, які мають тимчасові укриття, для проведення консультативно-семінарських занять з відпрацювання практичних навичок та компетенцій студентами. Крім того, велику допомогу в навчальному процесі надає створена в Університеті платформа Likar.nmu, де кафедра розміщує навчально-методичні матеріали: відеолекції, методичні рекомендації до практичних занять і самостійної роботи, алгоритми виконання практичних навичок, зразки завдань для поточного, проміжного та підсумкового контролів, список рекомендованої літератури.

Слід відзначити, що студенти спеціальності 227 є високомотивованими щодо оволодіння майбутнім фахом, практично всі займаються за аудиторною формою навчання. Клінічними базами для практичних занять є реабілітаційні відділення педіатричних стаціонарів та дитячих поліклінік, де студенти працюють разом зі спеціалістами мультидисциплінарної команди з реабілітації в кабінетах кінезіотерапії, ЛФК, масажу, електротерапії, знайомляться з роботою спеціалістів з мовлення, психологів та інших.

Відомо, що лекція – це найбільш економічний спосіб передачі і засвоєння навчальної інформації. Однією з особливостей лекції є можливість викладача викласти у логічно

систематизованій формі великий обсяг навчальної інформації. Очевидно, що лекція не може охоплювати весь обсяг програмного матеріалу, а лише служить основою для подальшого самостійного опрацювання [2, с.44].

Основними функціями сучасної вузівської лекції є методологічна, інформаційна, виховна, організаційна, орієнтаційна. Безумовно, при вивченні будь-якої дисципліни, особливо на першій лекції, чітко визначається методологічна функція, а основи виховної пронизують кожну лекцію курсу, відповідно моделюючись для студентів-реабілітологів [2, с.42]. Щодо інших функцій, то, на жаль, при такій обмеженій кількості годин інформаційна (освітня) компонента втрачає пріоритетне значення, і на чільне місце виходять організаційна та орієнтаційна функції. Власне вони дають можливість скерувати студента у вірному напрямку в потоці інформації, виділити основне і другорядне, систематизувати дані різноманітних джерел.

Щодо типів лекцій, які використовується в процесі вивчення курсів дисциплін педіатричного циклу, то тематична лекція як форма організації теоретичного навчання, в тому числі вступна і підсумкова, на жаль, через брак часу, поступається місцем лекції оглядовій, з якої логічно випливає потреба в консультативній та інструктивній лекціях з даної проблематики. Лектор зупиняється на вузлових питаннях, акцентує увагу студентів на те, в якій послідовності і якому обсязі слід самостійно доопрацювати тему. З цією метою планується консультативна або інструктивна лекція, яка оптимізує самостійну підготовку до практичних занять.

Поряд з традиційними монолекціями досвідчені викладачі кафедри проводять лекції-бесіди, проблемні лекції, щоб відчувати зворотній зв'язок зі студентами. Всі лекції забезпечені мультимедійними матеріалами, а також стисло у відеоформаті викладені на платформі Lİkar.nmu для повторного перегляду і опрацювання студентами.

Цього навчального року відповідно до нового навчального плану викладачами нашої кафедри було підготовлено і створено цикл лекцій з курсу «Фізична реабілітація в педіатрії», записано у відеоформаті та апробовано під час циклів на четвертому курсі бакалаврату.

До переліку основних завдань, які відпрацьовуються під час практичного заняття з пропедевтичної педіатрії, входять такі, як зробити висновок про фізичний та психомоторний розвиток дітей різного віку; провести клінічне обстеження дітей різного віку та оцінити отримані дані; інтерпретувати результати лабораторних та інструментальних досліджень у дітей в нормі та при патології; отримати інформацію про дані анамнезу (хвороби та життя дитини, сімейного анамнезу) та надати батькам інформацію для підписання «Інформаційної угоди про обстеження та лікування дитини».

Фахові дисципліни ставлять перед собою завдання розглянути основні клінічні симптоми дитячих захворювань; функціональні порушення у дітей з різними захворюваннями; дати клініко-фізіологічне обґрунтування застосування фізичних вправ та інших засобів фізичної реабілітації при захворюваннях дітей; визначити засоби, форми і окремі методики фізичної терапії, які застосовуються при різних хворобах і станах; розробляти методичні підходи до побудови програм фізичної терапії при захворюваннях у дітей.

Успішне засвоєння програмного матеріалу з будь-якої дисципліни на сучасному етапі перерозподілу аудиторних та неаудиторних годин неможливе без якісної організації та проведення самостійної роботи студентів (СРС), яка необхідна, щоб навчити студента самостійному засвоєнню знань, умінь і навичок за допомогою чітких інструкцій, алгоритмів. В умовах скорочення аудиторних годин за рахунок збільшення часу на СРС відбувається переорієнтація процесу навчання з лекційно-інформативної на індивідуально-диференційовану, особистісно-орієнтовану форми [3, с. 84].

Як відомо, самостійна робота поділяється на аудиторну (АСР) та позааудиторну (ПАСР). АСР виконується на заняттях під керівництвом і контролем викладача, регламентується робочою навчальною програмою. Найчастіше застосовуються наступні види АСР: виконання тестових завдань, ситуаційних задач для контролю початкового та кінцевого рівнів знань; оволодіння навичками обстеження тематичного хворого, методикою діагностичного пошуку та інтерпретації його результатів, технікою виконання практичних навичок. З цією метою студенти вивчають інструкції, алгоритми дій, відпрацьовують на фантомах чи в клініці продемонстровані викладачем практичні навички з обстеження органів і систем, маніпуляційну техніку, знайомляться з інструментальними методами дослідження; працюють у реабілітаційних відділеннях, кабінетах фізіотерапії, ЛФК, масажу, палатах та на сестринських постах; проводять бесіди з мамами та дітьми старшого віку; заповнюють щоденники. Всі складові АСР студента оцінюються і враховуються як складові частини комплексної оцінки за практичне заняття.

Підготовка до практичних занять входить до ПАСР, забезпечується методичними вказівками, алгоритмами виконання практичних навичок і включає в себе повторення пройденого з фундаментальних дисциплін матеріалу, глибше вивчення теми, анонсованої на лекції; самостійне опрацювання тем, що не вивчаються в сітці аудиторних занять, але перевіряються під час підсумкового контролю; вивчення інструкцій та алгоритмів виконання маніпуляцій, виконання завдань з робочих зошитів, які перевіряються викладачем і оцінюються на підготовчому етапі. Опрацювання тем, які не входять до плану аудиторних занять, здійснюється за допомогою підручників, посібників, розробляються оглядові лекції за винесеними на самостійне вивчення темами та переліком вузлових питань і рекомендованої літератури. Студенти конспектують, проводять реферування, складання тез; мультимедійних презентацій з подальшим їх обговоренням та захистом; вивчають накази; здійснюють самостійне спостереження та обстеження дітей з подальшим написанням навчальної історії розвитку дитини.

В робочий зошит і практикум з дисциплін внесено перелік завдань, який охоплює теми всіх практичних занять відповідно до календарно-тематичного плану, а також тем, недостатньо висвітлених на аудиторних заняттях. Як і в методичних вказівках, для кожної теми визначається актуальність, міждисциплінарна інтеграція, даються основні поняття, деталізується рекомендована література, питання для теоретичного опрацювання та завдання для практичного виконання. Отримана за самостійну домашню підготовку оцінка входить до загальної бальної оцінки за заняття. Самостійне додаткове опрацювання тем, які недостатньо розглядаються на аудиторних заняттях, здійснюється в логічній послідовності тем в рамках розділу і диференційовано оцінюється у формі співбесіди під час підсумкового контролю.

Завдяки комунікаційним технологіям викладачі кафедри систематично удосконалюють методику викладання. Так, в цьому навчальному році створено і записано у відеоформаті детальні алгоритми виконання практичних навичок з методики обстеження органів і систем у дітей, інтерпретації додаткових методів дослідження, техніки маніпуляцій відповідно до робочих навчальних програм. Студенти можуть самостійно відпрацьовувати програмні компетентності у зручний час, регулюючи обсяг матеріалу та кратність повторень.

Можливим шляхом впровадження компетентнісного підходу до підготовки студентів-реабілітологів стає симуляційне навчання, зокрема в рамках підготовки до державної атестації.

З огляду на те, що дисципліни педіатричного циклу не є профільними для спеціальності 227 «Терапія та реабілітація» перед викладачами кафедри стоїть завдання забезпечення максимальної мотивації студентів до навчання педіатрії. Відомо, що методи, які стимулюють навчально-пізнавальну діяльність, педагоги та психологи поділяють на дві групи: методи формування пізнавального інтересу та методи стимулювання обов'язку й відповідальності в навчанні [1, с.60].

Методи формування пізнавального інтересу – це, насамперед, методи активізації навчання: робота у малих групах, дискусія, «мозкова атака», аналіз конкретних ситуацій, інсценізація, презентація, проектні роботи, метод випереджаючого навчання, навчальних проектів, дискусій та інших видів навчальної діяльності, пов'язаної із пошуком інформації.

Методи стимулювання обов'язку і відповідальності - це методи, при яких застосовується вимога, оцінка, контроль знань і умінь. З цією метою на нашій кафедрі ведеться постійний контроль за відвідуванням навчальних занять, виконанням АСР та ПАСР; оцінювання індивідуальної самостійної роботи; обов'язкове поетапне оцінювання знань на практичних заняттях з коментуванням етапів роботи; оцінка виконання практичних навичок з розділів дисципліни, а також підсумкового контролю.

Для успішного формування пізнавального процесу викладачі кафедри значну увагу приділяють питанням становлення української педіатричної школи, внеску видатних вчених-педіатрів, здобуткам Київської педіатричної школи.

Немаловажним чинником підвищення мотивації до навчання, інтерес до професії має фахова майстерність викладача, особливо педагогічна майстерність. Урізноманітнення форм і методів викладання, зокрема лекційного курсу, зворотній зв'язок зі студентами викликає зацікавлення предметом, а ведення практичних занять безпосередньо в клініці з хворими дітьми, участь у лікувально-діагностичному процесі, зокрема методах фізичної терапії дітей з різноманітною соматичною чи неврологічною патологією, мотивує студентів до активнішого навчання.

Участь студентів у науково-практичних міні-конференціях, створення мультимедійних презентацій за обраною або запропонованою викладачем тематикою, її обговорення, виступи на засіданнях студентського наукового гуртка та конференціях молодих вчених значно підвищує мотивацію до пізнавальної діяльності.

Висновки. Застосування компетентнісного підходу до навчання у студентів-реабілітологів полягає у формуванні базових компетенцій у роботі з хворими дітьми, які включають фахові знання, вміння, особистісні якості фахівця (доброзичливість, толерантність, співчутливість), а також навчальних компетенцій, тобто здатності навчатися впродовж усього професійного життя. З цією метою необхідно удосконалювати форми та методи навчання, організації та контролю самостійної роботи, шукати нові мотиваційні аргументи для навчання студентів.

Перспектива подальших досліджень полягає у виділенні пріоритетних методів досягнення оптимальних результатів навчання як при очній, так і при дистанційній формах навчання. Крім цього, важливим є формування у студентів таких якостей особистості майбутнього фахівця, як вміння працювати в групі, формування почуття відповідальності за свої дії, рішення, дотримання основних правових норм, володіння морально-деонтологічними принципами та основами фахової субординації.

Список використаних джерел

1. Беш Л.В., Дмитришин Б.Я., Беш О.М. та ін. Сучасні можливості підвищення мотивації студентів до навчання. Львівський клінічний вісник. 2017. 1 (17): 60-64.
2. Каплінський В.В. Методика викладання у вищій школі: Навчальний посібник. Вінниця: ТОВ «Ніланд ЛТД». 2015. - 224 с.
3. Левандовська Х.В. Формування професійної компетентності у студентів-медиків в умовах дистанційного навчання. Буковинський медичний вісник. 2022. - Т. 26, № 4 (104):82-94.
4. Постанова Кабінету Міністрів України «Про запобігання поширенню на території України коронавірусу COVID-19» №211 від 11.03.2020 р.
5. Філоненко М.М. Психологія особистісного становлення майбутнього лікаря. Монографія. Видавництво «Центр учбової літератури». 2023. - 334 с.
6. Філоненко М.М. Методика викладання у вищій медичній школі на засадах компетентнісного підходу: Методичні рекомендації для викладачів та здобувачів наукового ступеню доктора філософії (PhD) ВМ(Ф)НЗ України. - К., 2016. - 88 с.

ДОТРИМАННЯ ПРИНЦИПУ НАСТУПНОСТІ ЗНАНЬ, ВМІНЬ І НАВИЧОК У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ЯКІСНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

*Мельнікова Оксана Зенонівна
кандидат біологічних наук,*

*доцент кафедри медичної фізики, біофізики та вищої математики,
Іванченко Олена Зенонівна
кандидат біологічних наук,*

*доцент кафедри медичної фізики, біофізики та вищої математики,
Мікаелян Геннадій Ромеович
ст. викладач кафедри медичної фізики, біофізики та вищої математики,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Вища медична освіта потребує забезпечення максимальної якості у зв'язку з тим, що результатом навчання є підготовка фахівців, робота яких буде безпосередньо стосуватись життя і здоров'я людей. Протягом навчання у медичних вишах майбутні спеціалісти мають опанувати широке коло знань і навичок, що є досить важким завданням. Це пов'язано з тим, що механізми здійснення функціональної активності в організмі людини в нормі і при патології є досить складними, мають індивідуальні варіації, знаходяться під впливом численних факторів внутрішнього і зовнішнього середовища. В останні роки додаткові труднощі у навчанні виникли із-за дистанційної форми внаслідок відсутності безпосереднього контакту між учасниками освітнього процесу, і така ситуація загострилась під час війни. У зв'язку з цим проблема якості освіти потребує додаткового осмислення і ретельної уваги.

На теперішній час особливо актуальним є дотримання основоположних принципів педагогіки, серед яких важливе значення має принцип наступності знань, вмінь і навичок. Першою ланкою його реалізації в медичних університетах є вивчення майбутніми фахівцями дисциплін природничо-наукового блоку, серед яких хімія, фізика, а також математика є складовими середньої освіти.

Вивчення природничих дисциплін у медичних університетах надає можливості найбільш глибокого розуміння спеціальних дисциплін, оскільки фізико-хімічний рівень організації матерії є базовим для біологічного рівня. Математика, в свою чергу, служить допоміжним інструментом, який дозволяє отримати кількісні показники усіх процесів та знайти, виходячи з них, певні

закономірності. У медичних університетах вивчення природничих дисциплін має бути підпорядковано цілям і задачам медичної освіти. Воно не має повторювати шкільний навчальний матеріал, хай навіть і на більш складному, ніж у школі, рівні, а має використовувати набуті раніше знання для отримання нової інформації, яка потрібна для підготовки медичних фахівців. Іншими словами, ми вважаємо, що дотримання принципу наступності знань, вмінь і навичок є важливим фактором якісної медичної освіти. Це стосується не тільки зв'язку між науками, які вивчають у школі і на 1 курсі університету. Дотримання принципу наступності важливо і між тими дисциплінами, які використовують спільні знання, вміння і навички в різні роки навчання у вишах.

У якості прикладу вищевикладеного можна розглянути вивчення вищої математики і статистики у медичних університетах. Воно здійснюється на 1 курсі медичного факультету як один з розділів медичної та біологічної фізики і на фармацевтичному факультеті у якості окремої дисципліни. В робочі програми відповідних навчальних курсів включені такі поняття як функція, її похідна, невизначений і визначений інтеграл, які є питаннями шкільної математики. Ми вважаємо, що при їх розгляді в університеті вкрай необхідно застосовувати принцип наступності. Це означає, що в розробках практичних занять для студентів потрібно робити посилання на підручники для середньої освіти з метою актуалізації тих знань і навичок, які були отримані у школі. Також є можливою часткова їх презентація у додатках підручників вишів. За їх допомогою можна не тільки актуалізувати раніше набуті знання, а і організувати деякі елементи самостійної роботи.

Проте основною ціллю вивчення вищої математики у медичному університеті має бути отримання нових відомостей, що стосуються використання математичних понять у фахових дисциплінах. Зокрема, на нашу думку, важливим є вміння користуватись похідною функції як показником миттєвої швидкості процесів, вміти знайти похідну в кожній точці графіку, записувати і розуміти зміст градієнтів фізико-хімічних величин. Також потрібно навчати студентів диференціальним рівнянням, які містять похідні функцій різних порядків, що застосовується у фармакокінетиці для моделювання процесів абсорбції і елімінації фармацевтичних препаратів.

Знання про елементарні функції, їх похідні і інтеграл використовуються також в інших фахових дисциплінах. Проте потрібно демонструвати універсальність цих понять улюбій науці, показати задачі, які можна вирішувати за допомогою математичних уявлень в медицині і фармації, і навчати алгоритмам, які дозволяють це робити. Ми вважаємо, що застосування принципу наступності знань в такому вигляді, сприятиме підвищенню якості медичної освіти, оскільки студенти будуть розуміти математичні елементи різних наук, та посилювати інтерес учнів до вивчення безпосередньо вищої математики, яке часто для них носить вимушений характер.

Перше застосування математичних знань студентів відбувається при навчанні статистичі, яка не є предметом шкільної освіти, а вивчається у вишах, і медичної та біологічної фізики, в якій активно використовують вказані знання в написанні формул законів, за якими відбуваються фізико-хімічних процеси, що забезпечують життєдіяльність клітини і організму у цілому. В наступному, у фахових дисциплінах мають значення знання і навички, отримані протягом вивчення природничо-наукового блоку і які можуть бути дуже цінними, якщо добре зрозумілі і засвоєні студентами.

Так, відомості з медичної та біологічної фізики потрібні для вивчення фізіології людини, фармакології та інших медичних наук. Проте це є очевидним, якщо дотримуватись у навчанні принципу наступності. Це означає, що в ході вивчення медичної та біологічної фізики потрібно тільки актуалізувати знання та навички з фізики і біології, набуті у школі, не навчати заново початковому матеріалу, який студенти вже мають знати, отримавши середню освіту. Потрібно рухатись уперед - викладати на основі шкільних знань нові відомості, які потім використовувати у спеціальних науках, не повторюючи, а застосовуючи для отримання майбутніми спеціалістами фахових компетентностей.

Для забезпечення дотримання принципу наступності при навчанні у медичних вишах потрібно, щоб робочі програми природничих дисциплін чітко відповідали цілям і завданням медичної освіти, були узгодженими між собою і з програмами фахових дисциплін, щоб навчальний матеріал не повторювався, а отримував розвиток при вивченні кожної наступної науки. Такій підхід, на нашу думку, сприятиме формуванню мотивації студентів до навчання. Вона потребує особливої уваги з боку викладачів, адміністрації, батьків при вивченні природничих наук, починаючи зі школи і на всіх етапах навчання. Це сприятиме його послідовності від простого до складного, а дотримання принципу наступності дозволить опанувати увесь необхідний обсяг знань, вмінь і навичок майбутніми фахівцями і забезпечить високу якість медичної освіти.

РОЛЬ ОЧНОЇ ОСВІТИ У ПРОФЕСІЙНОМУ ФОРМУВАННІ ЛІКАРЯ В УМОВАХ СУЧАСНИХ РЕАЛІЙ

*Недельська Світлана Миколаївна,
д.мед.н., професор,
завідувачка кафедри факультетської педіатрії
Бессікало Тетяна Григорівна,
к.мед.н., асистент кафедри факультетської педіатрії
Самохін Ігор Володимирович,
к.мед.н., доцент кафедри факультетської педіатрії
Кряжев Олександр Володимирович,
к.мед.н., доцент кафедри факультетської педіатрії
Кляцька Лариса Іванівна,
к.мед.н., асистент кафедри факультетської педіатрії
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет.*

Вступ. Сьогодні освіта в Україні переживає найскладніші часи з моменту здобуття незалежності. Другий рік повномасштабної війни нашарувався на попередні карантинні заходи з приводу коронавірусної інфекції. Таким чином, сьогодні освіту в медичних вузах завершують студенти, які протягом чотирьох років займаються дистанційно. Окрім безумовно шалено негативних наслідків у всіх областях і сферах життєдіяльності всіх верств населення, не можна нехтувати і тим фактором, що саме медицина принципово відрізняється від інших суспільних і суспільно-гуманітарних дисциплін. Специфіка саме медичної науки полягає в формуванні клінічних компетенцій майбутнього лікаря через особисту присутність для удосконалення практичних маніпуляцій і навичок комунікацій. Без можливостей оволодіти цими навичками у повному обсязі, на нашу думку, неможливе формування як особистості, так і фаховості лікаря.

Безумовно, такі обставини не могли не вплинути як на наших студентів, які навчаються у нашому університеті, так і на науково-педагогічних фахівців на усіх кафедрах, але особливо актуальною, на нашу думку, ця проблема є на клінічних кафедрах.

Основна частина. Метою нашої роботи стало вивчення впливу змін традиційної освіти у медичному університеті на якість освіти та ставлення безпосередньо студентів до дистанційної форми навчання.

Так, під час проведення дистанційних занять за допомогою платформи Microsoft Teams, з залученням до навчального процесу Body Interact (на четвертому курсі в т.ч. для написання історії хвороби, на шостому – для самостійної роботи з наступним розбором ситуації), починаючи зі студентів четвертого курсу, викладачами нашої кафедри відпрацьований певний розмовний алгоритм для формування вдумливого, системного підходу до вивчення дисципліни, в основу якої покладене оволодіння основною навичкою згідно освітньо-кваліфікаційної характеристики, без засвоєння якої студент не може отримати позитивну оцінку, - виокремлення провідного клінічного симптому чи синдрому, з акцентуванням уваги на застосуванні професійної термінології і етапності як засвоєння теоретичного матеріалу, так і системне, практичне застосування теоретичних знань для постановки діагнозу. Особливий акцент завжди робиться на дифеніції захворювання, критеріях діагностики з точки зору саме етіології і патогенезу. Іншими словами, все спрямоване на формування клінічного мислення. Все це базується на матеріалах міжнародних стандартів діагностики та лікування, що засновані на підґрунті доказової медицини. В цілому, як альтернатива класичній освіті у несприятливих умовах ця система себе добре зарекомендувала для засвоєння теоретичних знань щодо сутності конкретного захворювання, додаткових методів обстеження та трактовки результатів, принципів терапії.

У 2022-2023 навчальному році (червень – липень 2023 р.) була повернена виробнича практика. У 2023 – 2024 навчальному році запропонована студентам (особливо шостого курсу) змішана система навчання за бажанням офлайн, хоча в реаліях сьогодення це не є безпечним.

Результати практичної роботи зі студентами як четвертого, так і шостого курсу показали, що володіння практичними навичками, на жаль, знаходиться на низькому рівні у порівнянні з теоретичним матеріалом. Низький рівень вміння практичного застосування теорії до кожного конкретного випадку, низький рівень володіння медичною професійною термінологією, і найтривожніше явище, на наш погляд, це саме низький рівень навички об'єктивного обстеження хворого з практичною оцінкою отриманих результатів.

Це ті недоліки, які бачимо ми як викладачі. Ми вирішили поцікавитися і думкою студентів з приводу того, якій формі навчання вони надають перевагу і чому. Нажаль, ми не отримали зворотнього зв'язку з цього питання від студентів, які займалися виключно дистанційно. Відповіді надали виключно студенти, які займалися на кафедрі. Провідна теза, що звучала у відповідях студентів – недоліків очного навчання порівняно з дистанційним немає. Студенти відмітили, що якість засвоєння інформації значно зросла, насамперед через динамічне спілкування з викладачем і підвищення концентрації уваги і логічного мислення. Також, за словами студентів, очне навчання мотивує більше «думати головою» і більше вдумливо працювати з теоретичним матеріалом. Дуже важливим є той факт, що ці теоретичні знання можна тут же закріпити практичними засобами. За словами студентів – «нема потреби «загуглити»», а є бажання думати і розмірковувати. Також відмічається, що спілкування та огляд пацієнтів – одна з найбільших переваг аудиторного навчання, не може сформуватися як фахівець без підкріплення теорії практикою. Не останнє місце, на думку студентів, посідає і процес соціалізації і комунікації, що дає можливість відчути себе студентом і частиною суспільства.

Висновок. Для отримання якісної фахової підготовки в лікувальній справі не можливе, на нашу думку, використання лише дистанційної освіти. Безумовно, в реаліях військового стану не можна нехтувати безпекою студентів і викладачів, але повністю відмовлятися від аудиторного навчання для формування і закріплення практичних навичок не можна. Тому пошук можливостей аудиторних занять залишається для нас пріоритетним.

ОСОБИСТІСНО-ОРІЄНТОВАНИЙ ПІДХІД ДО НАВЧАННЯ І ВИХОВАННЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

Недельська Світлана Миколаївна,

д.мед.н., професор,

завідувачка кафедри факультетської педіатрії

Самохін Ігор Володимирович,

к.мед.н., доцент кафедри факультетської педіатрії

Кряжев Олександр Володимирович,

к.мед.н., доцент кафедри факультетської педіатрії

Бессікало Тетяна Григорівна,

к.мед.н., асистент кафедри факультетської педіатрії

Кляцька Лариса Іванівна,

к.мед.н., асистент кафедри факультетської педіатрії,

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Вступ. Сутність навчання полягає у визначенні індивідуальності студента, його самобутності та самоцінності. Метою особистісного орієнтованого навчання є процес психолого-педагогічної допомоги студенту в становленні його суб'єктивності, культурної ідентифікації, соціалізації, життєвому самовизначенні [2, с. 395].

Основна частина. Метою нашої роботи стало використання нових підходів викладання педіатрії та організації навчального процесу на кафедрі факультетської педіатрії Запорізького державного медико-фармацевтичного університету. Педагогічна робота на кафедрі проводиться за принципом встановлення діалогічного типу відносин між студентом і викладачем, що базується на взаємній повазі, довірі та співробітництві. При такому підході дії викладача стають особистісно-орієнтованими, що спонукає студента відноситися позитивно до самого процесу навчання [3, с. 48].

На практичних заняттях зі студентами викладач максимально розкриває тему з використанням прикладів скарг, клініки, діагностики та лікування патології у дітей, згідно вивчаємої теми, базуючись на власному досвіді. Широко використовується методика співбесіди викладач-студент в ході заняття, а інколи і декілька студентів приймають в обговоренні теми.

Це дає можливість викладачу розкрити індивідуальні особливості і можливості кожного студента. При цьому активне стимулювання студента до самооцінної освітньої діяльності забезпечує йому можливість самоосвіти, саморозвитку, самовираження під час оволодіння знаннями.

Проведення заняття зорієнтовані таким чином, щоб максимально приблизити ситуацію до реальної, в якій студент, як майбутній лікар, знаходиться один-на-одинці з конкретною медичною проблемою свого пацієнта.

Навчальний матеріал побудований таким чином, що студент має можливість вибору при виконанні завдань, розв'язанні задач.

Це потребує максимально прикласти зусиль (знань та вмінь) на правильне вирішення проблеми, що стимулює студента до самостійного вибору і використання найбільш значущих для них способів опрацювання навчального матеріалу.

Після кожної такої ситуації проводиться розбір основних недоліків, та шляхи їх усунення. Це спонукає до максимального співробітництва - співучасті в усіх справах, зацікавленість в своїх діях при вивченні матеріалу.

Висновки. Продуктивність, виховна дія викладача в навчальному процесі, це творчий внесок в особистість студента, складний і сумлінний процес, що вимагає гармонійного контакту вихователя (викладача) й вихованця (студента). Навчання – це важка розумова праця, і щоб ця праця була успішною, вона має бути цікавою, бажаною для здобувача освіти [1, с. 158-159]. Необхідно, щоб цікавим був не тільки предмет, а й спосіб оволодіння новим матеріалом.

Список використаних джерел

1. Горбова І.С. Горбовий О.В., Дубік В.М. Запровадження компетентнісно-зоорієнтованого виховання студентів як ключ до оновлення змісту освіти. Сучасний рух науки. XI міжнародна науково-практична інтернет-конференція, 8-9 жовтня 2020 р. Міжнародний електронний науково-практичний журнал «WayScience». Дніпро, 2020. т.1 с.156-159.

2. Скотна Н.В. Особистісно-орієнтований підхід до реалізації індивідуальної освітньої траєкторії здобувача вищої освіти / Скотна Надія Володимирівна, Лялюк Галина Миколаївна // Педагогічна освіта: теорія і практика. - 2020. - Випуск 28. - №1. - С. 393-403.

3. Швець О. Г. Особистісно-орієнтований підхід при організації дистанційного навчання студентів [Електронний ресурс] / О. Г. Швець, Н. Г. Осьмук, Ю. В. Ліцман // Science and Education a New Dimension. Humanities and Social sciences, 2020. - VIII (42). - Issue: 242, Dec. – P. 48-51.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ЛІКАРЯ-ВИКЛАДАЧА ЩОДО МЕДИЧНОЇ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ

Редько Ірина Іванівна

доктор медичних наук, професор кафедри дитячих хвороб ННПО ЗДМФУ

Удосконалення якості медичної освіти в Україні завжди посідало одне з перших місць у загальнонаціональному рейтингу. В умовах війни усім вищим медичним закладам доводиться все більше змінювати загальноприйняті та перевірені часом й досвідом підходи до надання якісної освіти лікарям та впроваджувати у навчальний процес сучасні інноваційні методи викладання.

Мета - проведення аналізу проблемних питань ефективності використання технологій дистанційного навчання в умовах війни лікарем-викладачем.

Для оцінювання результативності та якості отриманих знань щодо вивчення дисципліни "Педіатрія" на циклах "Спеціалізація", "Загальна практика-сімейна медицина" та "Інтернатура" було проаналізовано результати контрольних тестових завдань, ситуаційних задач для самостійної роботи та засвоєння практичних навичок в умовах змішаної форми навчання лікарями-інтернами та лікарями-слухачами.

В період військового стану реалізація освітнього процесу в університеті проводиться із застосуванням технологій дистанційного навчання з використанням системи Teams. Всім лікарям-слухачам доводиться засвоювати нові комп'ютерні програми та платформи для здійснення навчальної діяльності, але не завжди є швидкий інтернет та якісний відеозв'язок з викладачем при зворотному зв'язку на робочому місці лікаря. Серед позитивних моментів відмічено можливість лікарів-слухачів бути присутніми на заняттях незалежно від місця знаходження, можливість виконувати індивідуальні завдання та задачі для самостійної роботи у зручному темпі та більш комфортних для себе умовах, що дозволяє використовувати в необхідному обсязі навчальні ресурси та сприяє кращому засвоєнню матеріалу. Застосування дистанційного навчання за допомогою системи Teams дає можливість постійних контактів викладачів та всіх учасників учбового процесу.

Сучасний рівень розвитку післядипломної освіти орієнтує викладача на перехід від традиційного викладання матеріалу до впровадження нових інтерактивних технологій при

проведенні лекцій, семінарських та практичних занять. На кафедрі для закріплення знань, отриманих на лекціях, застосовуються етапні контрольні роботи, як один із методів поза аудиторної підготовки, а також тестовий контроль за кожною темою. Підготовлені набори тестових завдань та ситуаційні задачі для практичних та семінарських занять, які дозволяють контролювати знання на протязі циклу. В післядипломній освіті однієї тільки теоретичної підготовки для лікарів не достатньо, володіння практичними навиками має першочергове значення. Необхідно поєднувати традиційні засоби оволодіння практичними навичками та симуляційні методи навчання з використанням муляжів, фантомів, тренажерів, особливо в умовах воєнного часу. Нині не можна говорити про забезпечення належного рівня кваліфікації лікарів без створення і підтримки можливостей доступу до тренінгових центрів з широким набором симуляторів, віртуальних засобів, які дозволяють заглиблюватись у будь-яку клінічну ситуацію і успішно її вирішувати. Такий інноваційний підхід, який застосовується в тренінговому симуляційному центрі університету, дозволяє викладачам моделювати клінічні ситуації, безпечні для пацієнта, забезпечити контроль та об'єктивну оцінку знань лікарів. Самим лікарям - можливість багаторазового повторення дій для закріплення вміння розпізнавати та своєчасно ліквідувати свої помилки, професійно оволодіти медичними маніпуляціями. Для лікарів-слухачів при дистанційному навчанні можливість доступу до тренінгового центру обмежена, тому, згідно з результатами обговорення з викладачами кафедри, доцільно застосовувати відеоролики та відеофільми щодо презентацій основних практичних навичок згідно з навчальним планом.

Самостійна робота в післядипломній освіті розглядається як форма організації навчання, яка здатна забезпечувати самостійний пошук необхідної інформації з використанням принципів доказової медицини, що в умовах військового стану є найбільш актуальним. На кафедрі самостійна робота лікарів-інтернів та лікарів-слухачів виконується за завданням та під керівництвом викладачів, що є однією з форм організації навчального процесу. Одним з видів самостійної роботи лікарів-інтернів є мультимедійна презентація клінічних випадків із практики з усною доповіддю на наукових студентських та лікарських конференціях в університеті з обов'язковим обговоренням і оцінкою представленої роботи. Наш досвід показує, що на сьогоднішній день лише поєднання прямого спілкування з дистанційними формами різного характеру (презентації лекцій, перегляд відеофільмів та відеороликів, електронні навчальні посібники, робота з довідниками, базами даних МОЗ України та ін.), а також наявність у лікарів індивідуальної мотивації здатне забезпечити якісний результат післядипломної освіти.

Таким чином, приймаючи до уваги надання та отримання освітніх послуг в період військового стану, використання технологій дистанційного навчання дозволяє лікарям на післядипломному етапі засвоїти навчальну програму з педіатрії в повному обсязі, незалежно від місця знаходження здобувача, але дана форма освіти не може замінити традиційні засоби оволодіння практичними навичками. Необхідні симуляційні методи навчання та інші інноваційні технології з використанням цифрових носіїв інформації.

ОЧНЕ НАВЧАННЯ У ПРОФЕСІЙНОМУ ФОРМУВАННІ ЛІКАРЯ-ДИТЯЧОГО ХІРУРГА

Спахі Олег Володимирович

Професор, д.м.н

Лятуринська Ольга Василівна

Доцент, к.м.н

Макарова Марина Володимирівна

Доцент, к.м.н

Пахольчук Олексій Петрович

Асистент

Кокоркін Олексій Дмитрович

Асистент

Кафедра дитячої хірургії,

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Навчання – це процес, який включає в себе взаємодію.

Викладач відповідає за передачу необхідних знань, а студент – за їх засвоєння. Цей процес відбувається за допомогою різних навчальних завдань, методів і прийомів роботи.

Однак, необхідно зрозуміти, що відповідальність за якість навчання лежить не тільки на викладачі, але і на самому студенті. Викладач може надати всі необхідні матеріали і дати консультацію, але без активної участі та мотивації студента, якість знань не буде на високому рівні.

Важливо зазначити, що навчатися можна навчитися. Можливості для саморозвитку та самостійного навчання є безмежними. Саме тому, студент повинен бути відкритим до нових знань і готовим до постійного самовдосконалення. Він повинен бути готовим до використання різних джерел інформації, включаючи книги, статті, веб-ресурси та інші джерела [5, с. 55-57].

Крім того, студент повинен розвивати свої навички самостійної роботи, критичного мислення та аналізу. Він повинен вміти самостійно оцінювати свої знання та вміння, виявляти свої слабкі місця і працювати над їх вдосконаленням [1, с. 44].

Отже, успіх у навчанні залежить від взаємодії між студентом і викладачем, а також від особистої мотивації та зусиль студента. Якщо він буде активно залучений у навчальний процес і проявить бажання навчитися, то він зможе досягти високих результатів у своєму навчанні.

Формування особистості лікаря, який здатний самостійно і творчо працювати в нових економічних і соціальних умовах, є головною метою педагогічного процесу на кафедрі дитячої хірургії. Це потребує утвердження нових взаємовідносин між студентом і викладачем [4, с. 23-24]. Один із шляхів вирішення цієї проблеми полягає в удосконаленні організації самостійної пізнавальної діяльності студентів на кафедрі.

Кафедра може забезпечити студентам доступ до спеціальних приміщень з необхідним обладнанням, де вони зможуть зосереджено працювати. Також важливо забезпечити наявність необхідних навчальних матеріалів та літератури, що дозволить студентам максимально продуктивно працювати над своїми завданнями [3, с. 18].

Окрім того, активна участь в наукових дослідженнях та публікаціях є важливим етапом формування особистості майбутнього лікаря. Кафедра може сприяти цьому, організовуючи наукові семінари, конференції та інші заходи, де студенти зможуть представити свої дослідження та отримати відгуки від своїх наукових керівників та колег.

У процесі самостійної роботи студенти також можуть розвивати свої навички комунікації та співпраці [2, с. 65-67]. Кафедра може організовувати групові проекти та колективні дискусії, де студенти зможуть обмінюватися думками та досвідом. Такий підхід сприятиме формуванню командного духу та вмінню працювати в колективі, що є важливим для майбутніх лікарів.

Вища медична школа повинна забезпечити випускникам систему інтегрованих теоретичних і клінічних знань, умінь та навичок, допомогти майбутнім фахівцям освоїти високі світові медичні технології, сформувані фахівця готового до практичної роботи у медичних закладах.

Завдання педагогічного колективу кафедри полягає у створенні всіх умов для сучасних ефективних технологій навчання, що дозволяє вдосконалювати навчальний процес, забезпечувати ефективність безпосереднього спілкування між викладачем і студентом. Колектив кафедри проробив надзвичайну велику роботу, щоб виконати головні завдання: створити повноцінні спеціалізовані хірургічні бази для надання висококваліфікованої допомоги дітям і навчанню студентів всім розділам дитячої хірургії на належному рівні і продовжує вдосконалювати роботу за всіма напрямками.

Отже, рівень підготовки спеціаліста дитячого хірурга безпосередньо залежить від рівня навчальної самосвідомості студента, і найбільший інтерес до проблем самовдосконалення виявляють студенти, які мають вищий рівень такої самосвідомості. Формування у студентів інформаційної компетентності, потреби у самостійній роботі, навичок пошуку, аналізу, систематизації, використання й передачі медико-біологічних даних, уміння вирішувати наукові завдання з використанням інформаційно-комп'ютерних технологій є необхідною умовою сучасної освіти [1, с. 34-35]. Треба врахувати індивідуальні особливості студентів під час визначення завдань для навчання. Врахування рівня інтелектуального розвитку, розробка індивідуальних творчих завдань для самостійної роботи над проблемними темами курсу, створення необхідного методичного матеріалу – найважливіші аспекти для організації роботи студентів під керівництвом викладача.

Список використаних джерел

1. Кузнецова, М.О., Кузнецова І.К. Особливості сприйняття інформації студентами медичного ЗВО під час війни. Diss. 2022.
2. Шепітько, В.І. "Професіоналізм викладачів у медичних вузах як основна складова їх педагогічної майстерності." Scientific Publishing Center "Sci-conf. com. ua", 2020.
3. Куліченко, А.К. "Роль медичної педагогіки у підготовці майбутніх фахівців галузі охорони здоров'я: зарубіжний досвід." 2022.
4. Височина, Н. В. Педагогіка та медична освіта: точки перетину. «Сучасні тенденції та концептуальні шляхи розвитку освіти і педагогіки». 2021. с. 386.
5. Іванькова, Н.А., Рижов О.А. "Модель педагогічної системи електронного дистанційного навчання на базі хмарних сервісів." 2020.

КРИТИЧНА МЕДИЧНА АНТРОПОЛОГІЯ ЯК ВАЖЛИВИЙ ЕЛЕМЕНТ ОСВІТИ ЛІКАРЯ В УКРАЇНІ

Спиця Наталя Валеріївна

к. філос. н, доцент кафедри суспільних дисциплін,

Зайцев Микола Вячеславович

аспірант кафедри пропедевтичної та хірургічної стоматології,

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Медична освіта майбутніх лікарів передбачає собою великий спектр найрізноманітніших знань в першу чергу в парадигмі біомедицини. Але варто не забувати про те, що майбутній лікар взаємодіє з пацієнтом не тільки за принципом інженерної моделі, коли вся увага концентрується на тілесності. Пацієнт має свою особливу психіку, належить до певної культури, виховується в певній сім'ї та живе у соціумі. Все це впливає на те як людина сприймає своє захворювання, як вона одужує та що саме є для неї здоров'я. Якщо лікар не враховує всі фактори комплексно успішність діагностування, лікування та реабілітації має менший ефект, або ж взагалі відсутня.

Варто розібратися з тим, що собою являє здоров'я для сучасної людини. На думку багатьох дослідників здоров'я включає в себе не лише фізичне, психічне та соціальне благополуччя, але й здатність особистості брати участь у повсякденній діяльності: в сім'ї, на роботі. Мати особисті та соціальні ресурси, необхідні для адаптації до мінливих обставин. З давніх часів розуміння здоров'я завжди передбачало духовний аспект: здорова людина розумілась як свята, цілісна. І навпаки, коли людина хворіла, то вона вважалась «нечистою», такою що її захопили злі духи, демони, абощо. Тому і функцію цілителя можна було виконувати тільки за умови звернення до богів, до потойбічних вищих сил в комплексі з піклуванням над тілесністю. До цього часу проблеми здоров'я передбачають існування проблем не тільки на фізичному, але і на психологічному, емоційному, духовному рівнях.

Біомедичне розуміння здоров'я, яке зосереджене на біологічних хворобах, часто вступає в суперечність з уявленнями пацієнтів, настільки, що це перешкоджає ефективному лікуванню. Навіть лікарі та пацієнти з однієї культури мають різні погляди на здоров'я, тому що професійна освіта формує певний спектр світоглядного мислення таким чином, яким в інших галузях він може ніколи не бути сформованим. Людина з вищою медичною освітою може бачити світ таким чином, який не будуть поділяти пацієнти з рівнем професійно-технічної освіти, наприклад. Лікарі, як правило, погано розуміють, що таке здоров'я, тому що їхня медична освіта наголошує на виявленні, діагностиці та лікуванні хвороб, а не на здоров'ї та добробуті в широкому сенсі цих понять.

Статистика біомедицини передбачає такі цифри як очікувана тривалість життя, тривалість здорового життя, рівень народжуваності, соціальна підтримка. Але самі цифри навряд чи дадуть пряме повноцінне уявлення про здоров'я населення. Всі дані необхідно враховувати в комплексі з іншими значущими показниками. В культурі, де цінується багатодітність, наприклад, певні показники можуть вказувати на негативну динаміку, а в іншій культурі на суто позитивну.

Концепція Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) характеризує здоров'я як фізичне в поєднанні з повномірністю духовного життя та соціального забезпечення, здатністю функціонувати в мінливих умовах. Найвищий можливий рівень здоров'я, згідно ВООЗ, це коли люди беруть активну участь у соціальному житті та продуктивно працюють. Здоров'я містить в собі соціальні та особисті ресурси на додаток до фізичного стану, відчуття загального добробуту, що походить від роботи, сім'ї та громади, а також інші відносини, включаючи психосоціальні та духовні.

Критична медична антропологія розглядає здоров'я як ще й можливість доступу до матеріальних та нематеріальних ресурсів, які необхідні для підтримання життя на високому рівні, коли людина відчуває себе щасливою та задоволеною. На здоров'я, як суспільне так і особистісне, впливає вся багатомірність факторів: політичні рішення щодо ресурсів для імунізації, доступ до медичної допомоги та гармонійного харчування, а також вплив екологічних умов і соціально зумовлених ризиків. Численні взаємодії з навколишнім середовищем, включаючи низку економічних, соціальних, політичних та ідеологічних впливів, формують взаємодію на мікрорівні міжособистісної динаміки громади та сім'ї, які, відповідно, формують фізіологічний стан окремої людини. Громадське здоров'я дуже важливе, але воно може бути підтримане за умови, що система охорони здоров'я адекватно реагує на всі виклики, що є можливим тільки за умови розуміння культурного і соціального впливу на здоров'я, врахування поглядів громади на потреби і бажані послуги.

Якість медичної допомоги – це досвід, заснований на особистих, соціальних і культурних очікуваннях пацієнтів. Культура займає центральне місце в оцінці стану здоров'я, оскільки культура впливає на інтерпретацію досвіду, критерії нормальності, соціальні очікування та очікування щодо якості життя. Здоров'я в культурному контексті передбачає враховувати уявлення людей про бажані фізичні здібності; уявлення про ідеальні, нормальні та проблемні стани тіла; бажану психологічну динаміку, емоційні стани та соціальні стосунки; уявлення про хворобу та сприйняття симптомів; духовні або метафізичні стани та стосунки.

Тому так важливо навчити майбутніх спеціалістів використовувати комплексний підхід до усвідомлення особливостей здоров'я та нездоров'я в певній державі. А якщо країна багатонаціональна, враховувати весь спектр можливих реакцій на хворобу, розуміння того, що таке здоров'я у кожній національній меншині. Якщо навантаження у мультинаціональних регіонах на лікаря надто велике необхідно залучати на консультації у певних випадках спеціаліста з медичної антропології який в змозі допомогти лікарю зрозуміти краще культурні особливості пацієнта та змодельовати найкращий варіант діагностування і лікування. Відмінності в уявленнях про здоров'я впливають на процес медичного консультування, але медичні працівники часто не знають про це, або ігнорують їх, припускаючи, що пацієнти приймають їх медичну точку зору. Ігнорування сприйняття пацієнта підриває здатність лікарів налагоджувати стосунки з пацієнтами, розуміти їхні проблеми та спонукати їх погодитися на лікування. Ефективна охорона здоров'я вимагає, щоб лікарі розуміли сприйняття пацієнтами свого здоров'я, щоб їх можна було інтегрувати в процес лікування. Погляди пацієнтів мають важливе значення для розвитку профілактичних послуг, оскільки розпізнавання захворювань і використання ресурсів залежать від сприйняття людьми того, що становить загрозу для здоров'я. Проблеми зі здоров'ям можна найкраще зрозуміти у взаємозв'язку з культурою. Біомедичні погляди на здоров'я, що ґрунтуються виключно на біології, погіршують розуміння глибинних причин хвороб, які є наслідком соціальних умов.

Вітчизняна система охорони здоров'я, на нашу думку, має переглянути питання медичної освіти та включити в освітньо-професійні програми вивчення медичної антропології, яка надасть можливість лікарям комплексно підходити до профілактики та підтримки здоров'я нації.

ОСОБЛИВОСТІ ПІДХОДІВ ДО ВИКЛАДАННЯ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ПЕДІАТРІЯ» НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Шеф Геннадій Геннадійович,
кандидат медичних наук, доцент кафедри педіатрії післядипломної освіти,
Марушко Юрій Володимирович,
доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри педіатрії післядипломної освіти
Бойко Наталія Сергіївна,
кандидат медичних наук, доцент кафедри педіатрії післядипломної освіти,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Реалії сучасного етапу життя, зокрема розвиток пандемії та бойові дії на Україні, потребують від викладача пошуку нових форм навчального процесу для покращення і формування компетентностей у лікарів-інтернів, які засвоюють педіатричну спеціальність. Перехід від простого до складнішого відповідно до таксономії Бенджаміна Блюма для формування критичного мислення при навчанні сприяє ієрархічний перехід від цілей нижчого порядку (запам'ятовування, розуміння, застосовування) до використання методів вищого рівня (аналіз, синтез, оцінювання). Адже здатність майбутнього лікаря до інтервованого і аналітичного оцінювання клінічної ситуації, діагностичний пошук, уміння застосувати отримані знання і навички формує професійний підхід до вирішення проблеми.

Для покращення рівня підготовки майбутніх лікарів-інтернів на кафедрі педіатрії післядипломної освіти НМУ імені О.О. Богомольця окрім традиційних методів навчання широко застосовується підхід з позиції кейс методу, ділової клінічної гри. При проходженні циклів освітньої частини підготовки кожен інтерн готує відповідний кейс, представляє його в групі з обговоренням клінічної ситуації, тактики ведення пацієнта. Найкращі варіанти кейс методів інтерни представляють на щомісячних кафедральних конференціях інтернів-гуртківців і що є важливим, в цих конференціях беруть участь також і студенти 2-6 курсів НМУ імені О.О. Богомольця, що виступає стимулюючим навчальним фактором.

Важливу роль для розвитку і удосконалення клінічного мислення несе ділова клінічна гра з педіатрії з моделюванням різноманітних невідкладних клінічних ситуацій і задач, вирішенням питань діагностики та лікування з акцентом на практичних навичках надання невідкладної допомоги дітям при окремих термінальних станах на етапах як догоспітальної, так і стаціонарної допомоги. Сутність ділової клінічної гри полягає в тому, що кожен з її учасників (інтерн, викладач), виходячи з отриманих завдань, розв'язує їх поступово і наступний етап базується на елементах вирішення попереднього, що сприяє логічному осмисленню клінічної ситуації [1, с. 4]. Так, при розгляді випадку захворювання дитини один інтерн виступає в якості пацієнта, другий – педіатра, третій – лікаря приймального відділення лікарні, четвертий – лікаря-реаніматолога, п'ятий – адміністратора (завідувач відділенням) і ін. Розігрується клінічна ситуація з визначенням етіології, патогенезу, клініки, діагностики та диференціальної діагностики, надання невідкладної допомоги та подальшого лікування, профілактики та прогнозу захворювання. Імітуються реальні умови професійної діяльності з різноманітними проявами хвороби, моделюються характерні види колегіальної діяльності із застосуванням діалогу, дискусії з метою створення творчої атмосфери на занятті. Це вимагає від лікаря-інтерна мобілізації знань суміжних дисциплін, зокрема терапії, реанімації, фармакології тощо. Роль арбітра, при оцінці проведених дій, може передаватись від викладача до лікаря-інтерна, що підвищує ефективність проведеного клінічного тренінгу. Суть клінічної ігри, без деталізації ситуації, представляється на попередньому занятті, щоб учасники майбутнього дійства самостійно змогли якісно підготуватись до її проведення і пройшла вона зацікавлено на високому педагогічному рівні [2, с. 5].

Інтерни вказують на необхідність і важливість проведення своєрідного тренінгу у вигляді ділової клінічної гри. Отримання цих знань покращує рівень підготовки лікаря і в значній мірі допомагає самостійно засвоїти складний для сприйняття матеріал. На відміну від традиційних методів навчання ділова клінічна гра максимально наближена до реальної практичної діяльності, є колективним методом навчання і в значній мірі інтенсифікує процес засвоєння матеріалу і робить його творчим та професійно розвиваючим. Ділова клінічна гра дає можливість об'єктивно оцінити рівень підготовки лікаря-інтерна, розвинути навички публічних виступів, скоротити час накопичення професійного досвіду. Вагомим інформативним забезпеченням з навичок надання невідкладної та екстреної медичної допомоги дітям можуть стати навчальні посібники за авторством співробітників кафедри [3, с. 2], де розглянуті програмні невідкладні стани стосовно дітей [4, с. 3] з позицій безпосередньої практичної діяльності лікарів педіатричного профілю.

Особиста роль кожного лікаря-інтерна і виконання ним відповідних функцій при проведенні ділової клінічної гри, кейс методу сприяє удосконаленню знань з педіатрії, розвитку самостійного мислення, організовує його, дає можливість в повній мірі засвоїти матеріал, що в кінцевому сприяє кращій підготовці майбутнього лікаря.

Список використаних джерел

1. Ділові клінічні ігри з педіатрії. Навчально-методичний посібник / Манолова Е.П., Єршова І.Б., Марушко Ю.В. і ін. – ЛДМУ, 2005. – 120 с.
2. Ділові клінічні ігри з педіатрії. Навчально-методичний посібник / Марушко Ю.В., Єршова І.Б., Осичнюк Л.М., Шеф Г.Г. – Приватна друкарня ФО-П Петришин Г.М. – 2011. – 116 с.
3. Невідкладні стани в педіатричній практиці: навч. посіб. / Ю.В. Марушко, Г.Г. Шеф, Ф.С. Глумчер, С.М. Ярославська. – 2-е вид., переробл. та допов. – К. : ВСВ «Медицина», 2020. – 440 с.
4. Невідкладні стани в педіатрії: посіб. / Ю.В. Марушко, Т.В. Гищак, М.І. Борисенко та ін.; за ред. Ю.В. Марушка. – К.: ФОП О.В. Сторожук, 2023. – 328 с.

СЕКЦІЯ 6. ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ: «CONSUMOR ALIIS INSERVIENDO»

FACTORS ASSOCIATED WITH PROFESSIONAL BURNOUT IN THE HEALTHCARE SYSTEM

*Julija Lebedeva, Martirija Fominaite,
Faculty of Medicine, Lithuanian University of Health Sciences,
Kaunas, Lithuania*

Professional burnout is recognized as the main problem among workers and professions in various sectors of the economy in the 21st century, and its prevalence has not changed or has even increased in the past decade. This demonstrates that organizations facing burnout are still not able to find an effective way to address this issue. The lack of standardized definition for burnout concept, which is often characterized in the scientific literature with such constructs as emotional burnout, mental burnout, professional fatigue and similar constructs, also partially contributes to this situation.

The American psychologist Freudenberger H. J. was the first one to study this phenomenon, claiming that the concept of burnout emerged in the late 1960s as a way to more simply describe emotional and psychological stress experience in the workplace. However, one of the most common definitions of this construct was provided by Maslach and Jackson in 1981, who defined burnout as a psychological syndrome that can be understood as a pattern or set of symptoms and signs that occur at the same time as a long-term response to chronic interpersonal stressors at work. In addition, when describing burnout syndrome, three main dimensions are expressed - emotional exhaustion, depersonalization and a reduced sense of professional efficacy that can appear in caregivers. Although these stages are considered essential in describing professional burnout, they are often corrected and/or expanded in the scientific literature [2], which also contributes to the difficulty in providing a unified definition of the construct.

Healthcare, as an industry, places numerous pressures on healthcare providers regardless of the stages of their career. The most common reason for this is the specifics of clinical work, time restrictions for treating patients, lack of control over work processes and schedules, conflicting roles, and conflicting relations with the management [3]. As a result, healthcare providers - physicians, medical residents, nurses are faced with various chronic stressors at work which in the long-term lead to professional burnout. This is confirmed by empirical studies revealing burnout rates, which are named as one of the highest among all professional groups [4]. The prevalence of burnout is quite varied in the scientific literature. Reported burnout rates for nurses is 10–70%, for medical residents – 27–75% and for physicians can vary from 30 to 50% across various subspecialties [5]. However, regardless of the various prevalence, professional burnout is treated as one of the few issues that impacts human resources, patients, and health care systems negatively [6].

To consider the established problems caused by professional burnout in the healthcare system and the problematic origins of explaining its prevalence, which is often associated with both the problematic nature of professional burnout and disagreements in distinguishing the causes of its occurrence, it becomes important to highlight the factors associated with the definition of this construct. For that purpose, an

analysis of the scientific literature was carried out, the aim of which is theoretically discuss professional burnout in the healthcare system, distinguishing the factors related to its expression. This analysis is prepared by using the methods of analysis, interpretation, and generalization of scientific literature on the topic of the research.

Results and Conclusion. Professional burnout, its occurrence and expression can be explained and presented in various classifications based on different theories: Social Cognitive Theory, Social Exchange Theory, Organizational Theory, Demands-Resources Theory, Structural Theory, which distinguish different factors significant in the development and evolution of burnout. And if one (e.g. Social Cognitive Theory) explains professional burnout exclusively with individual characteristics, i.e. individual traits, others (e.g. Organizational or Structural Theories) associate professional burnout with situational factors [2]. Therefore, in the scientific literature, the factors that determine the burnout syndrome experienced by employees are associated either with situational and individual reasons, or by distinguishing personal, work role and organizational factors [7].

Situational causes include 6 factors: workload; competence and capabilities; reward; the community; labor integrity; values. Individual reasons include a person's age, gender, marital status, length of service, attitude to work, personal characteristics and other aspects [4]. However, a more objective analysis of the expression of professional burnout in the healthcare system can be helped by combining these factors and distinguishing 3 groups of factors. These are Individual, Organizational and Job role factors, which can be conditionally associated with individual and situational causes of burnout. In this case, Individual factors will be related to the person's socio-demographic characteristics - age, gender, marital and parental status; personal characteristics; mental health; maladaptive coping behavior, stress level. Job role factors will be associated with area of medical specialization, working conditions, requirement for surface acting, job control and autonomy level, and Organizational factors will primarily be associated with organizational culture; leadership behaviors; supervision; insufficient rewards [8-10]. It should be noted that the identification of these factors is important not only in determining the expression of professional burnout, but also in creating effective intervention programs.

References

1. Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2018). Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *Jama*, 320(11), 1131-1150. doi:10.1001/jama.2018.12777.
2. Edú-Valsania, S., Laguía, A., & Moriano, J. A. (2022). Burnout: A review of theory and measurement. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1780. doi: 10.3390/ijerph19031780.
3. Lyndon A. (2015). Burnout among health professionals and its effect on patient safety. <https://psnet.ahrq.gov/perspective/burnout-among-health-professionals-and-its-effect-patient-safety>
4. Klišys, E. , Mikaliūkštienė, A. and Fatkulina, N. (2022). COVID-19 pandemijos įtaka slaugytojų perdegimo sindromui, *Slauga. Mokslas ir praktika*, 3(2(302)), 8–13. doi:10.47458/Slauga.2022.3.3.
5. Bridgeman, P. J., Bridgeman, M. B., & Barone, J. (2018). Burnout syndrome among healthcare professionals. *The Bulletin of the American Society of Hospital Pharmacists*, 75(3), 147-152. doi: 10.2146/ajhp170460
6. Mehta, A. B., Lockhart, S., Reed, K., Griesmer, C., Glasgow, R. E., Moss, M., Douglas, I. S., & Morris, M. A. (2022). Drivers of Burnout Among Critical Care Providers: A Multicenter Mixed-Methods Study. *Chest*, 161(5), 1263–1274. doi:10.1016/j.chest.2021.11.034
7. Cañadas-De la Fuente G. A., Vargas C., San Luis C., García I., Cañadas G. R., & De la Fuente E. I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240-249. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001
8. Hariharan, T. S., & Griffin, B. (2019). A review of the factors related to burnout at the early-career stage of medicine. *Medical teacher*, 41(12), 1380–1391. doi: 10.1080/0142159X.2019.1641189.
9. Sanfilippo, F., Noto, A., Foresta, G., Santonocito, C., Palumbo, G. J., Arcadipane, A., ... & Maybauer, M. O. (2017). Incidence and factors associated with burnout in anesthesiology: a systematic review. *BioMed research international*, 2017. doi:10.1155/2017/8648925.
10. Patel, R. S., Bachu, R., Adikey, A., Malik, M., & Shah, M. (2018). Factors related to physician burnout and its consequences: a review. *Behavioral sciences*, 8(11), 98. doi:10.3390/bs8110098.

PEOPLE MATTER THE MOST: A CASE OF GOOD PRACTICE IN LITHUANIA

*Mastavičiūtė Asta,
PhD, Family physician; associate professor*

Stable emotional health is an integral part of being a doctor. Many challenges are posed not only by clinical decision-making in everyday work, but also by the management of stressful situations when communicating with patients and colleagues.

Emotional distress in a daily work of the physician leads to potential mistakes in concentration, compassion and even diagnostic errors.

A project of good practice is performed in the private medical institution (centre), Lithuania. The project started in April 2022 and was announced via a local mail service available to medical staff. A team of professional psychologists was used to provide a personal counselling service. A note provided medical staff with information on the availability of free anonymous video counselling by a psychologist. The number of consultations was declared to be unlimited. Participating in the project psychologists are trained and able to provide psychological treatments such as an individual talking therapy.

Initial data of the project indicate that 6-8 people per month asked for personal counselling with a psychologist. In the private medical centre work approximately 550 medical professionals: physicians and nurses. It can be concluded it is approximately about 1.09% from the total number of the employees. There was no information, based on the financial statements for the payment of the services, whether the consultations were repeated consultations.

The one of possible reason for such low usage of the service could be mistrust and lack of a confidentiality guarantee. Self-stigma has been described as an internal form of stigma, where one labels oneself as unacceptable because of having a mental health concern (Corrigan, 2004; Vogel et al., 2006). It is possible reason why willingness to use and frequency of use of the service is so low of medical staff as specific group of patients.

To seek professional help is not an easy decision. Understanding this difficult process can help facilitate the use of mental health services.

The need for management is to find appropriate methods to provide specific sensitive information and trust to increase the use of psychological services and allow psychologists to develop effective interventions designed to overcome self-stigmas.

References

Corrigan (Ed.) (2004) On the stigma of mental illness. Practical strategies for research and social change (239–256). Washington, DC: American Psychological Association.

Vogel, D.L., Wade, N.G. & Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 325–337.

ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ОСВІТЯН

*Кравченко Юлія Володимирівна
кандидат філологічних наук, старший викладач кафедри мовної підготовки,
Гнатенко Світлана Анатоліївна,
старший викладач кафедри мовної підготовки,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Анотація. Об'єктом дослідження у статті є синдром професійного вигорання у працівників освіти, зумовлений низкою як зовнішніх, так і внутрішніх чинників. У роботі проаналізовано основні причини і фактори виникнення професійного вигорання як специфічних різновидів професійних деструкцій.

Ключові слова: педагог, професійне вигорання, синдром, стрес, депресія, емоційне вигорання.

Abstract. The subject of research in the article is the syndrome of professional burnout in education workers, caused by a variety of both external and internal factors. The paper analyzes the main reasons and factors leading to professional burnout as specific types of professional destructions.

Keywords: *educator*, professional burnout, syndrome, stress, depression, emotional exhaustion.

Професійне вигорання педагогів на сьогодні є гострою проблемою. Епідемія COVID-19, повномасштабна військова агресія, що триває вже кілька років, стали основною причиною

хронічного стресу. Викладачам (учителям) доводиться долати щоденні виклики, пристосовуючись та адаптуючи навчальний матеріал до нового формату освітнього процесу. Ця проблема не є новою. Її вивчення (дослідження) почалося ще в 60-х роках ХХ століття, але на сьогодні набуло особливої актуальності.

Мета статті – сформулювати сучасне уявлення про синдром професійного вигорання та причини його виникнення у педагогів.

Проблема «вигорання» широко представлена в науковій літературі, має вичерпний перелік симптомів, порад щодо їхньої профілактики та подолання цього явища. Так, питання професійно-емоційного вигорання та прояви синдрому професійного вигорання у працівників освітніх закладів дослідили й описали у своїх роботах Л. Карамушка, Л. Колеснікова, О.Костюк, Н. Мирончук, Т. Ронгінська, Н. Чубук, Т.Цьомик-Яворська, С. Джексон та ін.

Уперше термін «професійне вигорання» запропоновано й використано у статті «Вигорання персоналу», опублікованій в «Журналі соціальних поглядів», американським психіатром Гербертом Фрайденбергером у 1974 році. На його думку, професійне вигорання – психологічний стан здорових людей, що знаходяться в інтенсивному й тісному спілкуванні в емоційно навантаженій атмосфері [4]. Наслідки надмірного емоційно-фізично-психічного виснаження призводять до виникнення синдрому хронічної втоми, що, своєю чергою, є причиною хронічних захворювань і, як наслідок, втрати здоров'я, працездатності, а інколи й життя.

Термін «вигорання» позначений у Міжнародному класифікаторі хвороб як наслідок тривалого невирішеного стресу на робочому місці. Багато вчених вважають це хворобою, але, починаючи з травня 2019 р., ВООЗ використовує цей термін тільки у випадках, пов'язаних із роботою, а тому «вигорання» класифікується як синдром [1].

Не менш важливим є й розрізнення дуже схожих проблем: «професійне вигорання» – синдром, що виникає внаслідок хронічного стресу на робочому місці (фізичне, емоційне чи мотиваційне виснаження); стрес – фізичне виснаження, яке супроводжується сплеском емоцій; депресія – це наслідок «вигорання» і належить до медичних проблем.

Для будь-якої професії властиві як позитивні, так і негативні вияви. Але найбільш схильні до емоційного виснаження спеціалісти галузей із системою «суб'єкт – суб'єкт»: соціальні працівники, лікарі, вчителі (вихователі, викладачі).

Результати досліджень вітчизняних науковців у професіях системи «людина-людина» свідчать, що ознаки синдрому вигорання мають:

- 85% соціальних працівників;
- 80% лікарів;
- 65 % педагогів;
- 60% працівників органів внутрішніх справ [4].

Наведені дані свідчать, що працівники сфери освіти належать до «групи ризику» щодо виникнення згаданого синдрому.

І. Олійник зазначає: «Педагогічна діяльність є стресогенною і потребує значних резервів самовладання та саморегуляції. У результаті емоційного напруження, що виникає у педагога в процесі здійснення ним професійної діяльності, виникає подальше зниження стійкості психічних функцій та зниження працездатності» [3, с.118].

Не останню роль у цьому відіграє й дистанційне навчання, яке належить до альтернативних форм освіти загалом і спричинене політичною ситуацією в країні. Незважаючи на суттєві переваги онлайн-освіти, як-от: доступність, зручність у обранні місця проведення (відвідання) заняття, гнучкі консультації та ін., вона має й низку недоліків, які призводять до негативних наслідків на фізичному, емоційному та мотиваційному рівнях: неякісний Інтернет (поганий зв'язок), недостатня комунікація між викладачем і студентом (учителем – учнем) тощо.

Ці та інші чинники можуть сприяти виникненню синдрому «професійного вигорання». Серед них виокремлюються такі:

- відчуття суцільної втоми (моральної і фізичної);
- специфіка професійного спілкування;
- непевність щодо рівня подачі й засвоєння інформації;
- розчарування щодо очікувань у ставленні до особистісних досягнень учнів/студентів (зниження рівня знань);
- відсутність належного зворотного зв'язку зі здобувачами освіти (у т. ч. вищої);
- поява сумнівів щодо своєї професійної діяльності;
- конфліктний колектив, тиск керівництва;

- фізичні перенавантаження, які виникають унаслідок необхідності постійного підвищення кваліфікації, розробки нових форм та методів онлайн викладання тощо);
- оплата праці;
- зниження самооцінки;
- відчуття «замкнутого кута»;
- невпевненість у завтрашньому дні;
- брак відпочинку й часу на родину та свої захоплення.

Це негативне явище формується та поступово проходить кілька стадій: емоційна втома (може впливати на фізичний стан людини), загальне самопочуття, небажання виконувати професійні обов'язки, загальна роздратованість, невдоволення оточенням і, як наслідок, агресія [2, с.118].

Якщо ж працівник не спробує змінити ситуацію на краще, то в результаті з'являться байдужість до роботи, апатія, відчуття знесилення, небажання працювати і спілкуватися з оточенням, «автоматичне» виконання професійних обов'язків, тривожність, дратівливість. Зазначені чинники не виникають раптово, вони є наслідком довготривалого накопичення негативних життєвих моментів.

На сьогодні існує низка методик, тренінгів щодо профілактики, запобігання та подолання синдрому «професійного вигорання». Проте жодна система не буде ефективною без бажання відновити рівновагу втраченого і може перерости в глибоку депресію.

Синдром професійного вигорання – це не хвороба і не діагноз. На його появу впливає не лише сфера діяльності, а й політична, економічна, соціальна ситуація в країні. Щоб запобігти виникненню проблеми треба навчитися заходити у всьому позитивне, більше відпочивати, можливо, змінити роботу. Станіслав Лец – поет, філософ і афорист – зазначав: «Якщо не можеш змінити ситуацію – зміни своє ставлення до неї».

Список використаних джерел

1. Емоційне вигорання педагогічних працівників.
URL: https://ldubgd.edu.ua/sites/default/files/8_konferezii/emociyne_vigorannya.pdf
2. Іншаков А., Іншакова І., Суятинова К. Емоційне вигорання вихователів закладів дошкільної освіти і шляхи його подолання. Актуальні питання гуманітарних наук. Педагогіка. Вип. 45, том 2, 2021. С.116-120. URL: http://www.aphn-journal.in.ua/archive/45_2021/part_2/19.pdf
3. Олійник І.В. Причини виникнення та профілактика синдрому професійного вигорання у педагогів. Вісник університету імені Альфреда Нобеля. Серія «Педагогіка і психологія». Педагогічні науки. 2017. № 1(13). С.118-125. URL: <https://pedpsy.duan.edu.ua/images/PDF/2017/1/20.pdf>
4. Синдром професійного вигорання у педагогів як наслідок надмірного емоційного виснаження. URL: <http://surl.li/qqwca>

СПІВПЕРЕЖИВАННЯ ДО СЕБЕ ЯК ПРАКТИКА ПОДОЛАННЯ СИНДРОМУ СУПЕРГЕРОЯ

*Маруценко Олег Анатолійович
к.соц.н., доцент, доцент кафедри філософії та суспільних наук,
Харківський національний медичний університет*

Співпереживання (що найчастіше трактується як співпереживання до когось) можна визначити як певний емоційний стан, що передбачає бажання полегшити або запобігти стражданню іншої людини через справжню турботу про її благополуччя, теплі почуття до неї [1, р. 106]. Відповідно, співпереживання до себе треба інтерпретувати як турботу про себе, своє життя і потреби. Воно передбачає уважне, зважене та лояльне ставлення до свого поточного стану, реальних можливостей.

Співпереживання є відносно новою навичкою з точки зору тих рамок і класифікацій соціально-емоційних (м'яких) навичок, які наразі є описаними (наприклад, SEE Learning, The Five Cs Model of Positive Youth Development). На відміну від куди більш відомої емпатії, співпереживання не означає глибокого занурення в емоційний стан іншої людини, але, водночас, пов'язано з конкретними діями з полегшення або запобігання страждання, чого емпатія як така не передбачає.

На відміну від співпереживання (до когось), співпереживання до себе як цінність, навичка, практика не є настільки очевидною і поширеною, нерідко вона стереотипно наділяється і певними негативними сенсами: порівнюється з жалістю до себе (що, своєю чергою, не вітається), асоціюється

з егоїзмом (начебто, співпереживаючи собі, людина ставить свою особистість у центр всесвіту), ідентифікується із слабкістю (бо коли ще треба собі співпереживати, як не в моменти прояву слабкості).

Натомість, низка міжнародних розвідок щодо практикування співпереживання до себе показали, що його, навпаки, варто ідентифікувати із силою, із внутрішнім стійкісним ресурсом людини. Особи із розвинутим співпереживанням до себе, за науковими спостереженнями, краще справлялися з викликами пандемії COVID-19, є менш схильними до професійного вигорання [2, р. 4-6]. Те, у чому співпереживання до себе також може бути помічним – це подолання так званого синдрому (або комплексу) супергероя. Такий синдром, передусім, передбачає систематичне висування до себе завищених вимог, що виявляється у формі надмірної відповідальності, взяття на себе непосильних зобов'язань, у широкому сенсі – як надмірна жага до особистісних досягнень, успіху (для чого «супергерою» може бути необхідно когось «врятувати»), без огляду на свої реальні можливості та обмеження.

Цьому сприяє і домінуюча культура, в якій образ успішної людини, яка завжди «на висоті», легко справляється з будь-якими труднощами і проблемами (особистими, професійними тощо) є достатньо поширеним і популярним. Він комунікується як певна рольова модель через канали освіти, традиційні та нові медіа. При цьому споживачі зазвичай не бачать передісторії – того, як, завдяки чому та якою ціною дійсно успішні люди досягали свого успіху, ще рідше медійній аудиторії розповідають історії невдач (бо немає попиту) та вчать адекватно сприймати власні недосконалості, які, насправді, є у кожного індивіда. Образи «ідеальних людей» спонукають до постійного порівняння, через що споживачі таких меседжів нерідко починають висувати нереалістичні очікування до себе, свого потенціалу.

Особливо болісним синдром супергероя може проявлятися у професіях, для яких характерна підвищена відповідальність у прийнятті рішень, а щоденна робота супроводжується емоційними перевантаженнями, стресами, що у перспективі може призвести і до професійного вигорання, і навіть до професійної дезадаптації. Зокрема, у медичних працівників нерідко можна спостерігати стійку потребу рятувати, намагання взяти на себе максимум функціональних обов'язків (скажімо, через переконання, що колегам не вистачає компетенцій для того, аби успішно виконати ту чи іншу задачу). Коли ж нереалістичні очікування не справджуються, це лише додає стресових самовідчуттів.

Як показують наукові спостереження, практикування співпереживання до себе, коли ця соціально-емоційна навичка є справді розвиненою, дає можливість усвідомити, якою ціною насправді досягаються поставлені цілі, повертає людину в стан адекватної самооцінки (у тому числі повертає право на помилку, лояльне ставлення до можливих невдач і власних недосконалостей), зокрема, своїх справжніх (а не ілюзорних) можливостей та потенціалу, діагностує реальні (а не нав'язані оточенням, суспільством) потреби та поточний стан. Це, своєю чергою, здатне суттєво ослабити той пресинг, що відчуває людина, у віддаленій перспективі сприяє стійкості, впевненості у собі, фізичному та ментальному здоров'ю.

У той же час треба визнати, що розвиток такої навички, як співпереживання до себе, очевидно, зустрине неабиякий опір – як внутрішній (цінності, установки, усталена поведінкова практика особистості), так і зовнішній (наприклад, реакції найближчого оточення). Натомість, це долається за допомогою певної регулярної практики з формування відповідної навички – на системному рівні таку практику сьогодні можна побачити (і переконатися в її дієвості) як компонент різних освітніх програм з соціально-емоційного навчання (яке вже близько двох десятиліть реалізується в освітніх системах більшості провідних країн світу) або як частину програм з профілактики професійного вигорання та професійної дезадаптації медичних працівників у США. В Україні в умовах тотальної невизначеності, особливо зараз, в ситуації повномасштабної війни, розвинене співпереживання до себе може стати одним з ключових факторів збереження здоров'я і життя.

Список використаних джерел

1. The Social, Emotional & Ethical Learning Companion. Emory University. 2019.
2. Kristin Neff Self-Compassion: The Proven Power of Being Kind to Yourself. 10th anniversary edition. 2021.

ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ: «CONSUMOR ALIIS INSERVIENDO».

*Мисюра Сергій Сергійович
Аспірант кафедри управління та економіки фармації
Науковий керівник д.ф.н., професор Утюж І. Г.
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

На сьогоднішній день в Україні спостерігається стрімке погіршення фізичного та психологічного стану людей, що призводить до збільшення відсотку смертності та ставить під загрозу загальне благополуччя.

Погіршення здоров'я, яке ми спостерігаємо останнім часом, може бути результатом різноманітних факторів. Надмірне психоемоційне навантаження на роботі, постійний стрес, а також відсутність впевненості у майбутньому – все це негативно впливає на психічну стабільність і здоров'я людей.

В умовах війни особливо хотілось би звернути увагу на людей працездатного віку, зокрема від 25 до 60 років, так як вони є особливо вразливими до стресу. Зберегти працездатність та захистити психічне здоров'я в умовах стресу та нестандартних ситуацій на роботі є надзвичайно важливим для успішної робочої діяльності та збереження гармонії у професійному середовищі. Ця проблема вимагає комплексного вивчення та системних заходів задля максимально ефективної протидії.

Термін "вигорання персоналу" вперше ввів Г. Бредлі у 1969 році,[6] описуючи його як психологічний феномен у "допомагаючих професіях". У 1976 році був введений термін «емоційне вигорання» американською дослідницею Христіною Маслач, вона розпочала соціально-психологічні дослідження вигорання, розробивши методики діагностики та описавши його як синдром фізичного та емоційного виснаження, пов'язаного зі стресом у спілкуванні. **За словами Маслач, емоційне вигорання, яке є причиною професійного вигорання – це розплата за співчуття. [3]**

Професійне вигорання у медичних працівників - це складний психологічний та емоційний стан, що виникає в результаті постійного напруження та стресу, пов'язаного зі спілкуванням та роботою з пацієнтами.

Фактори, що спричиняють професійне вигорання в медичних працівників:

- Емпатія – співпереживання емоційним станом пацієнта, коли лікар сприймає проблеми пацієнта особисто.
- Напружені міжособисті відносини в колективі та з керівництвом.
- Недостатнє фінансове стимулювання медичних працівників.
- Високі робочі навантаження лікарів.
- Незадовільні умови праці.
- Розходження між очікуваним та наданим рівнями відповідальності.
- Відсутність можливостей для особистого розвитку.
- Інші фактори.

Щоб виявити професійне вигорання, слід звертати увагу на деякі фізичні та психологічні ознаки цієї проблеми. Фізичними ознаками можуть бути: постійна втомленість, головні болі, фізичне виснаження, розсіяність, зниження реакції, сонливість, безсоння та зміни ваги. Психологічні симптоми - апатія, депресія, дратівливість, песимізм, нервові зриви, почуття тривоги та страх неспроможності впоратися з обов'язками.

Зазвичай можна виділити три основні фази емоційного вигорання:

- Фаза напруження: Це початкова стадія, коли працівник відчуває загальне напруження, втомленість та невдоволення собою. На цій стадії відсутній розвиток емоційного вигорання, але людина може відчувати загальне невизначене напруження і втомленість від роботи.
- Фаза резистенції: На цій стадії працівник вже усвідомлює, що відбувається щось серйозне. Це проявляється у зміні звичних емоційних реакцій на стресові ситуації. Він може намагатися змінити свої звички або реакції, щоб зменшити рівень стресу та напруження, що загрожує його професійній ефективності.
- Фаза виснаження: Це найбільш глибока стадія розвитку емоційного вигорання. Професійний стрес призводить до фізичного та емоційного виснаження. На цій стадії працівник втрачає інтерес до роботи, відчуває емоційне виснаження та апатію. Він може втратити не лише мотивацію щодо професії, а й загальний інтерес до життя.

У дослідженні Пилипенко Н.Г. і Шестак Н.В. «Емпіричне дослідження особливостей емоційного вигорання у медичних працівників» приводяться наступні дані що до фаз стресу у медичних працівників за методикою емоціонального вигорання:[4]

- Фаза «напруга» (переживання психотрав- муючих обставин, незадоволеність собою, загнаність в клітку, тривога та депресія) у більшості медичних працівників **не сформована**.
- Фаза «резистенція» (неадекватне вибіркове емоційне реагування, емоційно-моральна дезорієнтація, розширення сфери еконо- мії емоцій, редукція професійних обов'язків) у більшості медичних працівників **сформована та формується**.
- Фаза «виснаження» (емоцій-ний дефіцит, емоційна відстороненість, осо- бистісна відстороненість, психосоматичні та психовегетативні порушення) у **чверті медичних працівників знаходиться на стадії формування та сформованості**.

Дослідження вказують на те, що медичні працівники страждають від професійного вигорання досить сильно та часто. До того ж великою проблемою залишається низька обізнаність самих медичних працівників стосовно особливостей емоційної сфери та перших ознак, які свідчать про розвиток емоційного вигорання.

Проте існують практичні кроки, які можуть допомогти запобігти професійного вигорання:

- Розвиток підтримки та співпраці. Участь у спеціалізованих групах підтримки або терапевтичних сесіях допомагає відкрито обговорити труднощі та зменшити емоційне напруження.
- Самосвідомість та розвиток навичок. Проведення супервізій для аналізу роботи та виявлення емоційних переживань допомагає виявити стресогенні фактори та розвинути ефективніші стратегії реакції на них.
- Залучення до балінтових груп. Участь у таких групах сприяє покращенню взаєморозуміння з пацієнтами, розвитку емпатії та зменшенню емоційного напруження.
- Збереження балансу. Важливо знаходити час для відпочинку та відновлення сил. Регулярні перерви, спорт, хобі та відпочинок сприяють підтримці емоційного стану.
- Особистісний розвиток. Працівники медичної сфери повинні звертати увагу на своє емоційне та психічне здоров'я, розвивати особистісні ресурси та стратегії копіngu.

Якщо ж так сталося, що не вдалося уникнути вигорання, стан щодня погіршується, і займатись, ще не так давно, улюбленою роботою немає ні сил, ні бажання, спеціалісти радять виконувати наступні дії для подолання проблеми та виходу з цього стану:

- Організація системи відпочинку, врахування втоми та підходу "Втомився – Відпочинь". Цикли відпочинку з щоденними, щотижневими, щомісячними та щорічними відпочинками, сполучені з релаксацією та медитацією.
- Саббатікал - тривала оплачувана відпустка без певного терміну. Час для відновлення, занять хобі, перегляду підходу до роботи та повернення з новими підходами.
- Радикальна варіант - зміна професії.

Список використаних джерел

1. Бамбурак Н. Методи профілактики виникнення професійних ризиків та деформацій у професійній діяльності працівників медичної та соціальної сфери / Наталія Бамбурак // Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. - Серія: психологічні науки. - 2018. - № 2 (10) - С. 5-15.
2. Коляда Н. В., Теслик Н. М., Король С. М. Превентивна профілактика вигорання у професійному самозбереженні здоров'я соціальних працівників та психологів. Проблеми соціальної роботи: філософія, психологія, соціологія. 2019. № 1. С. 7 – 12.
3. Maslach C. Historical and conceptual development of burnout / C. Maslach, W. B. Schaufeli // Professional burnout : Recent developments in the theory and research / Ed. W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek. – Washington D.C : Taylor & Francis, 1993. – P. 1–16.
4. Пилипенко Н.Г., Шестак Н.В. Емпіричне дослідження особливостей емоційного вигорання у медичних працівників // Габітус. - 2020. - № 16. - С. 174-180.
5. Теренда, Н. О., Павлів, Т. Б., & Теренда, О. А. (2021). Професійне вигорання – одна з невіршених проблем системи охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України, (2), 29–33.
6. Bradley, H. B. Community-based treatment for young adult offenders [Electronic resource] / H.B. Bradley // Crime and Delinquency. -1969. - № 15. - P. 359–370. - Access mode: <http://cad.sagepub.com/content/15/3/359.short>.

ГОЛОВНІ КАТАЛІЗАТОРИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРАЦІВНИКА В УМОВАХ ВІЙНИ

*Парченко Марина Вікторівна,
аспірант кафедри управління і економіки фармації та фармацевтичної технології,
Науковий керівник: Утюж Ірина Геннадіївна,
доктор філософських наук, професор,
завідувач кафедри суспільних дисциплін,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Сфера практичної діяльності фармацевтичних фахівців є емоційно тривожною. Сама професія потребує максимальної уваги до споживачів лікарських засобів, самовіддачі та терпіння. Фармацевти і їх асистенти щодня мають справу з проблемами здоров'я відвідувачів, негативною поведінкою з їхнього боку, неввічливістю, агресією, конфліктами, тому їм доводиться встановлювати захисний бар'єр від багатьох каталізаторів емоційних перевантажень.

У останній час про дану проблему говорять усе частіше самі фармацевтичні працівники. Так, Катерина Семерна (фармацевт, завідувачка аптеки) в журналі «Рецепти аптечних продажів» написала: «У сьогоднішніх реаліях іще одним негативним чинником, який впливає на емоційний стан робітників аптечних закладів є воєнний стан в Україні. Велика кількість фармацевтів, що працюють в Україні, на фоні воєнних подій переживає стани гострого стресу. Якщо ж його вплив продовжується і виходить за рамки безпосереднього переживання психотравматичної події, розвивається посттравматичний стресовий розлад, який характеризується: постійним виникненням негативних думок; різкими та неочікуваними змінами настрою; сонливістю або безсонням; гіперактивністю або заціпенінням і бездіяльністю; спонтанною агресією; намаганням втекти від спогадів-тригерів, або, навпаки, постійне прокручування спогадів тощо» [1].

Екстремальні ситуації характеризуються тим, що вони руйнують звичайний уклад життя, що змушує людину пристосовуватися до нових умов. У результаті життя ділиться на до та після події. Часто можна почути «це було ще до війни». Людина, що потрапила в екстремальну ситуацію, знаходиться в особливому стані і потребує психологічної допомоги та підтримки. Враховуючи специфіку роботи фармацевтичного працівника, на його нестабільний психоемоційний стан нашаровується тривожний стан відвідувачів аптеки [2].

Таким чином і розвивається у фармацевтів синдром емоційного вигорання, коли робота стає тягарем, а всі покупки здаються шкідливими і прискіпливими. Коли запам'ятовується один негатив, накопичується почуття провини, втоми, роздратування і внутрішнього невдоволення. Крім того, додається занепокоєння за сім'ю і дітей, фізичний стрес, невпевненість у власній компетенції, необхідність контролювати витрату дефіцитних ресурсів і бюджет та ін. Слід сказати, що і до війни в країні професійним вигоранням страждало понад 60% . За сьогоднішніми даними –біля 87% [3]. Фармацевтичний менеджер та психолог Ольга Агакішиєва у своєму огляді наголосила, що «з 2019 року стан професійного вигорання було включено до Міжнародного класифікатора хвороб 11 перегляду (МКХ-11) під кодом QD85, завдяки чому отримав офіційний статус хвороби». Як один з підходів до лікування симптомокомплексу даного захворювання рекомендується: поезія, малювання, рукоділля тощо. Навчитися знаходити в собі джерело радості, ділитися нею з оточуючими, у тому числі з колегами та споживачами під час роботи – вихід з повторної травматизації.

Список використаних джерел

1. Як запобігти професійному вигоранню працівників першого столу. *Електронний ресурс:* <https://www.rap.in.ua/yak-zapobigti-profesijnomu-vigorannyu-praczivnikiv-pershogo-stolu/> (дата звернення 24.12.2023).
2. Емоційні стани фармацевтів під час війни. *Електронний ресурс:* <https://arau.org.ua/2022/07/22/> (дата звернення 24.12.2023).
3. Профілактика професійного вигорання – поради фармацевтам. *Електронний ресурс:* <https://thepharma.media/uk/business/26233-profilaktika-professionalnogo-vygoraniya-sovety-farmacevtam-22072021> (дата звернення 25.12.2023).

ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

*Репетун Альона Костянтинівна
викладач кафедри мовної підготовки
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Сучасна освіта висуває високі вимоги до особистісних і професійних якостей науково-педагогічного працівника. У роботі педагога багато ситуацій, пов'язаних із переживанням стресу та високим емоційним напруженням. Професійний стрес – багаторівневий феномен, який виражається у фізіологічних і психічних реакціях. Практично жоден професіонал не застрахований від стресу. Останнім часом психологи говорять не тільки про професійний стрес, а й про синдром емоційного вигорання. Цей синдром розвивається на тлі постійного професійного стресу. Синдром емоційного вигорання пов'язаний з постійними емоційними перевантаженнями, з постійним міжособистісним спілкуванням.

Г. Фройденбергер визначив емоційне вигорання як хронічну втому, депресію і фрустрацію, коли індивід вимушений займатися справою, яка не задовольняє його амбіції й не приносить очікуваного результату [3, с. 30].

Таким чином, більшість дослідників визначають вигорання як негативне психологічне явище, що містить у собі психоемоційне виснаження, яке проявляється у почутті глибокої втоми та спустошеності; деперсоналізацію – негативне або байдуже ставлення до суб'єктів діяльності; втрату професійної мотивації, пов'язану з почуттям некомпетентності та неуспішності в роботі.

Особливо схильні до синдрому вигорання представники професій, де необхідно щодня контактувати з іншими людьми під час виконання своїх професійних обов'язків. Такими представниками є педагоги. Педагогічна діяльність у період пандемії та повномасштабної війни в Україні виявилася одним із видів професійної діяльності, що піддалася найбільшим змінам. У короткі терміни викладачеві необхідно було освоїти нові дистанційні технології, перебудовуючи форми та методи навчання під потреби цифрового простору.

У ситуації, що склалася, такий різкий перехід до іншого виду діяльності викликав стрес у викладачів, який проявився в розгубленості, негативному ставленні до нових видів діяльності, нерозумінні своїх завдань як професіонала. Отже, стрес був викликаний додатковою необхідністю впоратися з великим інформаційним потоком за короткий відрізок часу.

Т. Зайчикова та Л. Карамушка стверджують, що профілактика синдрому «професійного вигорання» розпочинається з аналізу професійної ситуації (виявлення стрес-факторів, аналіз власної стресової реактивності чи толерантності тощо) та зниження впливу стресорів [4].

Своєчасне виявлення та профілактика стану стресу сприяє відновленню стресостійкості та захисних ресурсів організму, що дуже важливо для механізму взаємодії всіх учасників освітнього процесу. Лікувати синдром емоційного вигорання набагато складніше, ніж запобігти. Потрібно починати діяти якомога раніше.

Оскільки синдром емоційного вигорання виражається в скороченні особистісних досягнень, то профілактика має починатися з визначення, визнання і розуміння суті проблеми. Почуття нашого контролю над тим, що відбувається, може мати вирішальне значення.

Для уникнення або подолання професійного вигорання важливо визнавати свої кордони, забезпечувати баланс між роботою та особистим життям, знаходити шляхи відновлення енергії та шукати підтримку в колег та керівництва. Також, важливо вивчати стратегії стрес-менеджменту та займатися самопідготовкою для ефективного вирішення труднощів, які можуть виникнути на роботі.

Список використаних джерел

1. Ануфрієв М. І., Капля О. М. Професійне вигорання, як проблема сучасних трудових відносин: зарубіжні та вітчизняні підходи до її вирішення. Юридичний науковий електронний журнал. 2021. № 12. С. 450–453.
2. Красюк Т. В., Мандрона В. В. Професійне вигорання працівників освіти / Реалізація права на працю і безпека людини в сучасних умовах життєдіяльності: матеріали Х наукової інтернет-конференції студентів і аспірантів Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого, (м. Харків, 25–26 квіт. 2019 р.). Харків: Нац. юрид. ун-т ім. Ярослава Мудрого, 2019 р. С. 371–376.

3. Серета О. Г. Саббатікал як спосіб подолання професійного вигорання працівників. Основні напрямки захисту прав громадян України на працю та соціальний захист в умовах Євроінтеграції: матеріали XI Міжнародної конференції (м. Харків, 8 жовт. 2021 р.) ; за заг. ред. О. М. Ярошенка. Харків: Нац. юрид. ун-т ім. Ярослава Мудрого, 2021. С. 29–33. 2, с. 30

4. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти / за ред. С.Д. Максименка, Л.М. Карамушки, Т.В. Зайчикової. К.: [б.в.], 2006. 365с.

ПРОБЛЕМА ТА ПРОФІЛАКТИКА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ОСОБИСТОСТІ ЛІКАРЯ

*Рогова Алла Валентинівна
асистент кафедри філософії та суспільних наук,
Харківський національний медичний університет*

Основа особистості лікаря – професійна значущість. Процес підготовки майбутніх лікарів включає формування не тільки професійних знань та навичок, але й особистісних якостей, які забезпечують їх становлення успішними фахівцями в медичній галузі.

Розвиток особистості лікаря 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 формує світогляд особистості, погляди на моральні та етичні принципи і включає в себе культурні, релігійні, економічні та інші аспекти життя. Індивідуальна життєдіяльність, зокрема професійна діяльність, також має значний вплив на формування особистості майбутнього лікаря.

Розглядаючи проблему емоційного вигорання, не можна не відзначити, що лікарі, як будь-які фахівці, хто працюють у сфері "людина-людина", вимушені багато та інтенсивно спілкуватися з іншими, й тому знаходяться у «групі ризику». Вигорання - це реакція на хронічне емоційне напруження із-за роботи з іншими людьми, особливо якщо вони стурбовані або мають проблеми. Й саме емпатія, тобто співпереживання емоційним станом пацієнта, коли лікар сприймає проблеми пацієнта на особистому рівні, - є однією з основних причин виникнення емоційного вигорання.

Найбільша небезпека синдрому вигорання в тому, що він розвивається поступово. І якщо ігнорувати перші сигнали, які подає організм людині, можна потрапити в пастку професійного вигорання.

При сучасному навантаженні медичних працівників і введенні в їх роботу нових програм і підходів проблемною є не те, що працівник емоційно вигорає, оскільки це є природний процес. Проблема полягає в тому, що лікарі, як правило, не вміють це вчасно помічати. 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. Тому є дуже важливим визначення психодіагностичних прийомів оцінки рівня емоційного вигорання і вивчення основних індивідуально-психологічних особливостей медичних працівників. Це надасть можливість людині своєчасно звернути увагу на глибину емоційного вигорання, застосувати профілактичні прийоми, а також, професійно і особистісно розвиватися.

Дослідження наводять нам наступні симптоми професійного вигорання: психофізіологічні, соціально-психологічні та поведінкові.

До психофізичних проявів професійного вигорання відносять: постійну втому; емоційне і фізичне виснаження; людина не сприймає та не реагує на зміни зовнішнього середовища, не цікавиться причинами змін; головний біль; різні розлади з боку шлунково-кишкового тракту; зміну ваги (збільшення або зменшення); порушення сну різного ступеню; сонливість; погіршення слуху, зору і нюху; задишку при фізичному або емоційному навантаженні; зниження реакції. У випадку з лікарями – це може мати дуже небезпечні наслідки, адже лікар завжди повинен мати швидку реакцію і ясний розум щоб не нашкодити пацієнту.

До соціально-психологічних проявів відносяться: апатія, депресія, дратівливість, песимізм, байдужість, нудьга; бурхлива реакція на незначні, дрібні події; часті нервові «зриви»; постійне переживання поганих емоцій, для яких у зовнішній ситуації причин немає (почуття провини, образи, сорому); почуття тривоги, страх не впоратися зі своїми обов'язками.

Лікар працює з людьми, тому повинен бути в гарному настрої. У той же час, якщо пацієнт не в настрої, він може скидати свій негатив на лікаря, що виснажує психологічно. Дуже важко в такій ситуації зберігати спокій. Саме цьому аспекту, роботі лікаря з людьми, необхідно приділяти найбільше уваги.

До поведінкових симптомів професійного вигорання відносять: відчутність незадоволення тим, що вже зроблено; витрату більшої частини робочого часу на мало усвідомлюване виконання автоматичних і елементарних дій; відчуття даремності, зневіра, зниження ентузіазму у ставленні до роботи, байдужість до її результатів.

Для того, щоб не допустити емоційного вигорання медичні працівники повинні дотримуватися деяких правил: тверезо оцінювати свої можливості; самовдосконалюватися (відвідувати конференції, семінари, майстер-класи.); піклуватися про своє здоров'я, дотримуватися режиму харчування і сну; вести активне соціальне життя; спілкуватися з людьми, що не мають відношення до медицини (тобто не обмежувати коло спілкування колегами); виконувати свої обов'язки якісно і відповідально, але спокійно і розмірено, адже нервові виконання призводить до психічної напруженості; мати повноцінне особисте життя (розлади в сім'ї, особистих відносинах неодмінно вплинуть на роботу).

Отже, синдром емоційного вигорання – проблема, яка стає щоразу актуальнішою. Це явище згубно впливає на професійну діяльність лікаря, медичного закладу в цілому, призводячи до зниження рівня ефективності та гальмуючи розвиток.

Основними причинами виникнення синдрому емоційного вигорання є: надмірне робоче навантаження, дисбаланс між особистим та професійним життям, відсутність відпочинку, невміння працівників організувати свій час, завищені вимоги до себе. Саме для цього й вживаються означені профілактичні заходи. Необхідно розуміти, що психоемоційний стан медичного персоналу потужно впливає на якість надання медичних послуг, та ігнорування проблем у цієї сфері призводить до негативних наслідків як для медичних працівників, так і для пацієнтів.

Список використаних джерел

1. Громцева О. В. Уявлення про професійне вигорання медичних працівників та дослідження його феноменології // *European Journal of Management Issues*. – 2019. – Volume 27(3-4).
2. Депресія: серйозніше, ніж ми звикли думати. (2017). Міністерство охорони здоров'я України. URL:<https://moz.gov.ua/article/health/depresija-serjoznishe-nizh-mi-zvikli-dumati>
3. Емоційне вигорання або синдром двадцять першого століття. (2020, June 6). *Delta Med*. <https://delta-med.com.ua/emotsijne-vygorannya-abo-syndrom-dvadsyat-pershogo-stolittya/>
4. Професійне вигорання – явище, а не хвороба: Що насправді затвердили в МКХ-11. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/profesijne-vigorannya-javische-a-ne-hvoroba-scho-naspravdi-zatverdili-v-mkh-11>
5. 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.

PROFESSIONAL BURNOUT SYNDROME OF HIGH SCHOOL TEACHERS AND MEANS OF ITS ELIMINATION

*Shundel Tetiana Oleksandrivna
senior teacher
Donetsk National Medical University*

Professional burnout or emotional exhaustion is one of the negative specific factors affecting the work capacity of a specialist in any field of activity while educational activity is no exception.

It should be noted that the pedagogical activity of a teacher of a higher education institution is directly influenced by the mechanisms of renewal of higher education systems. The high level of requirements for higher education employees is aimed at revealing and realizing their professional competences that requires a lot of effort and reserves from a teacher and it leads to significant emotional tension. It is the very factor that underlies the syndrome of professional burnout.

Many researchers such as S. Gremling, D. Greenberg, S. Jackson, L. Kaidalova, L. Karakushka, K. Maslach, N. Myronchuk, L. Plyaka, N. Chudayeva, A. Shuldyk and others were engaged in the study of the phenomenon of professional burnout.

We completely share the point of view of O. Sipchenko and S. Banchenko who believe that the gradual loss of emotional, cognitive and physical activity significantly affects the state of health and it is one of the reasons for the teacher's professional destruction [5, p. 106]. The syndrome of professional burnout can occur at various stages of professional activity and it is most often characterized as a condition with chronic fatigue, psycho-emotional exhaustion and a significant decrease in satisfaction with the work performed by a specialist [1].

According to N. Myronchuk, the preservation of specialist's ability to work largely depends on preventing the influence of negative factors related to professional activity. The researcher notes that a higher school teacher's professional burnout is caused by both objective and subjective factors. The most widespread are socio-economic circumstances, teacher overload, lack of motivation, some personal characteristics among them [3]. It is interesting to note that the syndrome of professional burnout caused by individual-psychological, social-psychological and organizational-psychological factors do not contribute to teachers' professional success and it also significantly inhibit the process of their development. Professional stress is often accompanied by some disorders of a psychomatic or somatic nature which can cause a deforming effect of an intense nature. The main signs of this deforming effect are a constant feeling of energy and the development of signs of depression, negative self-evaluation of professional activity, loss of interest in performing any work, negative relations with colleagues and students.

The influence of numerous negative factors results in the development of signs of stressogenic factors, such as helplessness, tendency to conflicts, emotional tension and some decrease in work capacity. However, certain professional situations are perceived differently by teachers. Some teachers perceive them as stressful ones, and the others think that these situations should not be paid attention to at all. These factors indicate that personal psychological characteristics play a significant role during stressful situations.

In this regard, A. Shuldyk expresses the idea that some types of teachers are prone to professional burnout. The researcher talks about specialists with such personal characteristics as high pedantry, high capacity for empathy, pessimism, emotional instability, tendency to anxiety and depression, a sense of excessive responsibility, sensitivity to remarks, condemnation, etc. [6, p. 139].

Thus, the activity of a higher education specialist requires the teacher to be flexible and quick to adapt in the difficult conditions of pedagogical activity and adequately react to various circumstances. In connection with the above-mentioned factors, a number of preventive measures are recommended for the teacher of higher school to reduce or avoid the syndrome of professional burnout starting from the correction of mental and physical health. In the course of the study it has been established that teacher's professional burnout has a destructive effect both on his professional activity and his personality. But preventive work aimed at increasing the level of stress resistance and stabilizing the psycho-emotional state significantly contributes to the high-quality performance of the professional duties of a teacher at a higher education institution. At the same time, the teacher's awareness of the essence of professional burnout syndrome greatly facilitates the fight against it and promotes positive dynamics in its prevention.

Thus, S/ Maksymenko, L. Karamushka and T. Zaichikova suggest starting the prevention of professional burnout syndrome directly from the analysis of the professional situation that arises taking into account stress factors, the level of stress reactivity or tolerance, and ideas about reducing the level of stressogenic factors [2].

L. Plyaka and L. Kaylalova completely share N. Myronchuk's point of view regarding the implementation of comprehensive programs of pedagogical support, raising the level of awareness of how to preserve professional health and prevent professional deformation [4].

Having analyzed the above-mentioned material, we have come to the conclusion that professional burnout is a depletion of the specialist's emotional, mental and energy resources, which develops against the background of stressful factors. Therefore, when developing preventive measures, it is recommended to use a number of regulation methods in practice, based on the physiological, emotional-volitional and value-meaning levels.

References

1. Колтунович Т. А. Як не згоріти в полум'ї професії: корекційна програма для вихователів дошкільних навчальних закладів. Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2012. 200 с..
2. Максименко С.Д., Карамушка Л.М., Зайчикова Т.В. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів післядиплом. освіти. Вид. 2-ге, перероб. та доповн. К.: Міленіум, 2006. 368 с.

3. Мирончук Н.М. Професійне вигорання викладача вищої школи: чинники, ознаки, способи протидії. *Теоретичні і методичні засади розвитку і самовдосконалення особистості педагога-новатора в контексті модернізації нової української школи* : зб. наук.-метод. праць. Житомир: Вид-во Євенок О.О., 2017. С. 62-67.

4. Пляка, Л. В. Кайдалова Л.Г. Причини та профілактика професійного вигорання у викладачів. *Психологічні науки : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., м. Запоріжжя, 15-16 берез. 2019 р.* Запоріжжя: Класичний приватний університет, 2019. С. 46-49.

5. Банченко С.С., Сипченко О.М. Професійне вигорання викладачів ЗВО як психологічна проблема. *Молодий вчений*. № 10.1 (62.1). 2018.

6. Шульдик А.В. Професійне вигорання викладачів вищої школи. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Вип. 1. Том 1. 2017. С. 138-142.

ЛЮБОВ ДО ПРОФЕСІЇ ЯК СПОСІБ ПОДОЛАННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ

*Янішевський Олександр Леонідович,
аспірант кафедри філософії та політології,
Науковий керівник: Ковтун Наталія Михайлівна,
доктор філософських наук, професор, завідувачка кафедри філософії та політології,
Житомирський державний університет імені Івана Франка*

До появи перших державних утворень основним завданням кожної людини було забезпечення особистого виживання, яке часто називають «складним виживанням». Кожна людина мала забезпечити себе їжею та укриттям, не маючи усталеної системи суспільного добробуту, котра б допомагала не лише регулювати ринкові операції за принципом соціального контракту Я-Інший, а й пропонувала б чіткі механізми, спрямовані на планування виживання у майбутньому. З переходом людини від існування переважно у природному середовищі до соціально організованого співіснування з іншими людьми «цивілізована людина» не лише отримала розуміння основні принципи виживання на матеріальному (фізичному) рівні, але й отримала преференцію планувати своє життя на десятки років вперед.

Одним із основних системних механізмів забезпечення людського виживання на індивідуальному рівні, доступних людині сучасності, є право на освіту. Саме освіта дозволяє не лише отримати необхідні знання для їх подальшого використання у повсякденному житті, але й для здобуття та підтвердження соціальної гарантії виживання на основі її власної професійної кваліфікації. Отримання професійних компетенцій є необхідною умовою для подальшої реалізації найсуттєвішого механізму системи забезпечення особистісного добробуту – роботи.

Людина ХХІ століття має значну кількість можливостей для власної самореалізації у суспільстві. При цьому різні люди мають відмінні критерії бажаного рівня добробуту, проте першочергово для всіх, вони стосуються питань безпеки, виживання та проживання. Уже від самого народження людина сучасності, проходячи етапи соціалізації, укладає умовний соціальний договір, контракт з суспільством, згідно з усталеними законами, обов'язками, правами і свободами. Важливо розуміти, що саме *легальна робота* як соціальний, ринковий та правовий контракт між людиною, роботодавцем та державою, є не лише гарантом дотримання останніми тих чи інших правових норм забезпечення захисту, безпеки та свобод працівника, а й виконує функцію підтримання певного рівня добробуту працівника.

Освіта, як вже зазначалося, слугує основою та «гарантією» професійної кваліфікації людини для суспільства. У сучасному світі професійна діяльність не обов'язково має відповідати здобутій людиною спеціальності, проте наявність вищої освіти все ще розглядається як якісна ознака компетентності працівника для суспільства. Основними передумовами, за яких людина працює не за спеціальністю, є відсутність попиту на відповідні навички, знецінення ролі певної спеціальності і низька заробітна плата, духовна зміна пріоритетів людини тощо. Однак, одним із найголовніших чинників роботи не за спеціальністю, на нашу думку, є нав'язування в інформаційному просторі сталої «формули успішності», яка прямо ототожнюється з матеріальними благами (комерцією), не враховуючи *реальні духовні потреби особистості*.

Такі формули ширяться у соціальних мережах і книгах, продукуються і нав'язуються у спеціально присвячених конференціях, тренінгах тощо. Звичайно, не усі такі наративи враховують лише матеріальний аспект, але особлива увага у більшості з них зосереджується саме на комерції та спрямованості на прогнозоване успішне майбутнє. У сучасному світі успішність у широкому розумінні ототожнюється з поняттям «комерційна успішність». Відповідно через хибні суспільні навіювання симулякром щастя для сучасної людини стають все більші і більші матеріальні блага.

У зв'язку з цим однією із найбільшої проблем сучасності є постійна професійна незадоволеність людини, відчуття апатії у буденному, яка у своїй основі зумовлена невідповідністю власних духовних інтенцій своїй роботі. Тим більше, що левову частку свого свідомого часу людина ХХІ століття проводить працюючи. Наразі, доволі важко знайти людину, яка емпірично не проходила період «професійного вигорання». Відсутність мотивації сумлінно працювати, підвищений рівень втомлюваності та роздратування, «життя вихідними днями» через задоволення алкоголем або й наркотичними засобами – всі ці симптоми можуть бути наслідком професійного вигорання.

Як ми вже визначили, одним із безпосередніх чинників професійного вигорання є *незадоволеність власною роботою* через сублимацію істинної самореалізації (духовної та матеріальної) на користь капіталістичному конструкту необхідності матеріального успіху. Людина розчиняється у сучасних наративах формули успіху, яка фокусується на комерції, сприймає за щастя тільки кількісний вимір матеріальних благ та береться за найбільш оплачувану роботу, яку може зовсім не любити. Іншим безпосереднім чинником професійного вигорання є *перевтома на роботі*. Таке стає можливим на посадах, де кількість обов'язків на годину перевищують прийнятну норму робочого дня (>6-8 год) або в професіях з плаваючим графіком роботи. Також, до цієї групи належать особи, які, бажаючи отримати більшу виплату (з різних причин, починаючи від екзистенційно-необхідних та закінчуючи до соціально-нав'язаними) добровільно перепрацьовують. *Непрямими чинниками* професійного вигорання можуть бути й біологічні (тілесні захворювання), психічні (неврози) і соціальні (позаробочі турботи) чинники, не пов'язані безпосередньо з обраною професією, але такі, що впливають на якість роботи.

Враховуючи важливість мати легальну роботу у сучасному світі задля соціальної захисту, власного виживання та проживання хоча б на мінімально необхідному рівні, проблематика професійного вигорання є надзвичайно актуальною. У зв'язку з цим важливим є пошук механізмів попередження або подолання якщо не всіх, то хоча б більшості випадків професійного вигорання. На нашу думку, таким механізмом може і має бути *любов до професії*.

Людина може по-справжньому реалізувати себе (а отже, любити себе і те, що робить) лише тоді, коли зможе втілювати власні духовні цінності у життя. Матеріальний аспект при цьому є також необхідним і має братися до уваги як другорядний, за винятком того, коли питання прямо стосується виживання. У випадку планування майбутнього духовні (творчі) цінності мають бути хоча б співмірними з матеріальними прагненнями. Свого часу Григорій Сковорода надавав ключі до вирішення проблематики самореалізації людини, ввівши поняття «спорідненої праці» як такої, яка приносить щире духовне задоволення, а отже веде до щастя [1]. Людина, по-справжньому люблячи ту чи іншу діяльність, готова не лише постійно втілювати в ній власний потенціал, але й, по суті, готова перебувати у такій діяльності без комерційної складової.

Кожна особа, обираючи професію, має мати *тривалий та щирий інтерес* до неї. Саме така зацікавленість є однією із ознак любові до професії. Іншим основним аспектом любові до професії є втілення власних цінностей творчості та досвіду [2]. Тобто людина, яка зможе проявляти у професії свої творчі здібності та інтелект у відповідності з її аксіологічним буттям, зможе отримувати ціннісний досвід, необхідний для внутрішнього зростання і, відповідно, самореалізації. Вагомим результатом обрання професії, яку дійсно любиш, є гідне ставлення до роботи, а також і до себе.

А отже, особа, яка обирає професію, зважаючи на власні духовні потреби, автоматично позбувається впливу так званого «комерційного щастя» і свідомо відсікатиме необхідне «працювати заради реалізації власних цінностей» від капіталістичного «працювати задля відповідності соціальному конструкту щастя». Разом з тим, ключовою компонентною любові до професії є любов до себе у світлі вміння розпізнати та знати власні духовні цінності, турботи про своє творче я, відповідального та поважного ставлення до них і діяльно їх реалізовувати («давати суспільству») [3]. Людина, яка любить свою професію з урахуванням аспекту поваги до себе та до власної діяльності, розпізнаватиме потребу у фізичному та духовному відпочинку, не допускаючи межі перепрацювання, яке також зумовлює вигорання. У випадках, коли така особа піднімається на якісно

інший ціннісний рівень, вона більш свідомо та критично відстежує потребу зміни поточної професійної діяльності на іншу, де можливість втілення якісно нової аксіологічної парадигми найбільш відповідатиме духовним потребам людини.

Професійне вигорання через соціальну підміну поняття «самореалізації людини» на «комерційна безмірність», є дуже актуальною проблематикою ХХІ століття. Нівелюючи власні духовні цінності, людина сучасності стикається зі стражданнями на метафізичному рівні, які ведуть до депресії та апатії не тільки стосовно сфери діяльності, але й до життя загалом. Лише люблячи свою професію, можна уникнути більшості випадків професійного вигорання, позбуваючись його безпосередніх чинників (перевтома, незадоволеність). Любов до професії виявляється через тривалий інтерес до певної діяльності, можливості втілення власних цінностей задля отримання якісного особистісного досвіду. Більше того, любов до власної професійної діяльності прямо впливає на позитивну динаміку вирішення інших проблем людини (біологічних, психічних та соціальних), оскільки гарантує шлях істинної самореалізації людини, а отже можливість досягнення справжнього щастя.

Список використаних джерел

1. Откович К. Сродна праця у філософії Григорія Сковороди як концепція розвитку та формування цінностей впродовж життя. *Вісник Львівського університету. Серія філос.-політолог. студії*. 2023. Випуск 48, С.113–119.
2. Франкл В. Лікар та душа. Основи логотерапії. Харків: Клуб Сімейного Дозвілля, 2023. 320с
3. Фромм Е. Мистецтво любові. Харків: Клуб Сімейного Дозвілля, 2017. 192 с.

СЕКЦІЯ 7. ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ

ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМ МЕДИЧНОЇ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ

*Крючко Тетяна Олександрівна,
доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри педіатрії №2,
Литус Світлана Іванівна,
асистент кафедри педіатрії №2,
Полтавський державний медичний університет*

Здобування медичної освіти під час військового стану виявляється невід'ємною частиною зміни підходів до навчання у вищих навчальних закладах. Основним завданням науково-педагогічних працівників залишається підготовка висококваліфікованих конкурентоздатних випускників, які можуть забезпечити надання ефективної допомоги пораненим та хворим, зменшуючи кількість втрат людських життів та покращуючи якість медичної допомоги.

Головною проблемою медичної освіти в період війни є перебудова системи навчання на новий лад: підвищення матеріально-технічного забезпечення, створення симуляційних центрів, розробка програмного забезпечення для практичної роботи з віртуальним пацієнтом, вільний доступ до міжнародних наукових бібліотек та лабораторій, що дозволить не втратити рівень освоєння професійних навичок та теоретичних знань здобувачів вищої освіти.[1]

Пандемія COVID-19 та повномасштабне вторгнення російських окупантів в Україну суттєво вплинули на систему медичної освіти. Дистанційне та змішане навчання все частіше стає реальністю під час повітряної тривоги для забезпечення безпеки та здоров'я здобувачів і науково-педагогічних працівників. Швидка адаптація до нових технологій та віддалених форматів стала ключовим елементом освітнього процесу.

Починаючи від 24 лютого 2022 року, заклади вищої медичної освіти в залежності від регіону розташування та віддаленості його від лінії фронту, автономно визначали форми забезпечення освітнього процесу та методи проведення навчальних занять. На кафедрі педіатрії №2 Полтавського державного медичного університету заняття проводяться за змішаною (аудиторно-дистанційною) формою навчання в умовах воєнного стану.[3]

Зміни у форматі навчання впливають на рівень знань та компетентності студентів, в той час, технології даного виду навчання забезпечують можливість ефективної взаємодії між викладачами та

здобувачами, створюють умови для онлайн-навчання та сприяють розвитку різноманітних навчальних операцій. Науково-педагогічні працівники на базі кафедри педіатрії №2 проводять віртуальні зустрічі, лекції, семінари на таких платформах, як Zoom, Microsoft Teams, Google Meet, Google Classroom, Moodle.

Однією з особливостей підвищення рівня освіти студентів та науковців є те, що вони мають право на вільний доступ до повнотекстових електронних ресурсів на порталі «Research4Life». Дана платформа надає доступ до великої кількості високоякісних наукових журналів, електронних книг, баз даних і інших наукових ресурсів. Доступ до наукової літератури сприяє розвитку країни та розширенню наукового потенціалу майбутнього лікаря.

Клінічна практика з педіатрії включає як самостійне опрацювання матеріалу для підвищення теоретичних знань так і практичні заняття для відпрацювання навичок та умінь набутих в процесі вивчення дисципліни.

Самостійна робота є однією з найважливіших складових навчального процесу, яка передбачає інтеграцію різних видів індивідуальної та колективної навчальної діяльності, що здійснюється як на аудиторних так і позааудиторних заняттях. Впровадження в навчальний процес самостійної навчально-пізнавальної діяльності та інноваційних підходів до її організації є якісним кроком усієї системи вищої освіти, оскільки цей процес сприяє просуванню студентів від навчання та набуття знань до умінь і навичок вищої освіти. Кожен здобувач вищої освіти ПДМУ має доступ до платформи самостійної роботи eAristo.[3, с.9] Це модульне об'єктно-орієнтоване динамічне електронне навчальне середовище, яке надає викладачам та здобувачам вищої освіти набір інструментів для віддаленого комп'ютеризованого навчання. eAristo являє собою безпечну, інтегровану в ePlato (платформа електронного забезпечення освітнього процесу) систему для створення персоніфікованого навчання здобувачів освіти. Навчальний контент візуалізується у вигляді слайдів презентації або навчального відеофільму. По закінченню проходження самостійної роботи необхідно відповісти на контрольні запитання для закріплення матеріалу. Тема, вважається опрацьованою, якщо здобувач освіти правильно відповів на 60% із загальної кількості контрольних завдань. Після успішного опрацювання поточної теми система автоматично надає допуск здобувачу до наступної. Після успішного опрацювання всіх тем, система автоматично надає допуск здобувачу освіти до підсумкового контролю.

На відміну від самостійної роботи для покращення засвоєння практичних навичок створений симуляційний центр, який дає змогу здобувачам освіти відпрацьовувати маніпуляції на педіатричних тренажерах, а саме проводити непрямий масаж серця, штучну вентиляцію легень, інтубацію трахеї, аускультацию серця і легень, пальпацію та перкусію органів черевної порожнини. Це допомагає підвищити їхню компетентність та вміння в реальних клінічних випадках відпрацьовувати клінічний досвід у віртуальному середовищі без ризику для пацієнта, надає можливість об'єктивно оцінити досягнутий рівень майстерності, і що важливо існує необмежена кількість повторів для відпрацювань навичок. Таким чином умови симуляційного центру дозволяють моделювати стани, які рідко зустрічаються в педіатричній практиці, що допомагає здобувачу алгоритмізувати підходи до діагностики та лікування орфанних захворювань. Отриманий досвід дозволяє знизити стрес у здобувачів під час перших самостійних маніпуляцій в клініці та розвиває вміння працювати в команді.

Відпрацювання практичних навичок на симуляційних тренажерах та закріплення знань біля ліжка хворого під час практичних занять, які відбуваються на базах педіатричного відділення, дитячої поліклініки Центру спеціалізованої педіатричної допомоги КП ПОКЛ ім. М.В. Скліфосовського, сприяє покращенню засвоєння необхідного переліку практичних навичок згідно програми ОПП «Медицина» та ОПП «Педіатрія».

Виходячи з отриманого досвіду, вирішення проблем медичної дистанційної освіти в умовах війни вимагає комплексного підходу та впровадження інноваційних рішень. Першочерговою задачею є підвищення матеріально-технічної бази, яка включає в себе сучасне обладнання для проведення дистанційних навчальних занять, удосконалення симуляційних центрів та програмного забезпечення, де здобувачі вищої освіти зможуть отримати практичні навички на віртуальних пацієнтах, що важливо для забезпечення якісної медичної підготовки. Вільний доступ до міжнародних наукових бібліотек та лабораторій розширює можливості здобувачів для отримання актуальної інформації, академічної мобільності та участі в міжнародних дослідженнях. Успішне вирішення цих проблем вимагає співпраці між університетами, державними установами та закордонними партнерами. Лише такий синергічний підхід дозволить ефективно забезпечити якісну та доступну медичну дистанційну освіту в умовах війни.

Список використаних джерел

1. Mayer, A., Yaremko, O., Shchudrova, T. *et al.* Medical education in times of war: a mixed-methods needs analysis at Ukrainian medical schools. *BMC Med Educ* **23**, 804 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04768-2>
2. Положення про електронну платформу забезпечення освітнього процесу eplato в полтавському державному медичному університеті. [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://www.pdmu.edu.ua/storage/department-npr/docs_links/2OeFUKHpiU70c0gps6fkzWcgJ6RsrJnnqnC8Kbyi.pdf
3. Наказ № 216, від 23.08.2022р. Про організацію навчального процесу в осінньому семестрі 2022-2023 навчального року за змішаною (аудиторно-дистанційною) формою навчання в умовах воєнного стану. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.pdmu.edu.ua/storage/news/files/wyMmyuas8d1ERGWvzirWQab3zJWvGXqr9unvgnLm.pdf>

ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ ІНТЕРНІВ-АНЕСТЕЗІОЛОГІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

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

Анотація. У статті висвітлено основні проблеми навчання інтернів-анестезіологів та напрацьовані підходи для оптимізації освітнього процесу в умовах воєнного стану в Україні

Ключові слова: інтерни-анестезіологи, освітній процес, воєнний стан

PECULIARITIES OF TRAINING ANESTHESIOLOGY INTERNS UNDER MARTIAL LAW CONDITIONS

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

Abstract. The article reflects the main problems of training intern anesthesiologists and approaches to optimize the educational process under martial law conditions in Ukraine.

Key words: intern anesthesiologists, educational process, martial condition

Вступ

Прогрес медицини та удосконалення системи охорони здоров'я передбачають безперервну еволюцію у медичній освіті, одним із пріоритетних завдань якої є покращення підготовки майбутніх лікарів. Для його вирішення треба постійно вивчати різноманітні аспекти провадження освітньої діяльності. Кінцева мета медичної освіти – виховати з учорашніх студентів-медиків професіоналів, ефективних практиків медицини, надати їм найкращі доступні знання, навички й установки та забезпечити усвідомлення професійної ідентифікації. При цьому слід враховувати такі обтяжуючі обставини як воєнний стан в Україні і передуючу йому дію карантину через COVID-19.

Мета дослідження - висвітлити основні проблеми у навчанні інтернів-анестезіологів та напрацьовані підходи для оптимізації освітнього процесу в умовах воєнного стану в Україні шляхом вибіркового аналізу навчально-методичної роботи з інтернами на кафедрі анестезіології та інтенсивної терапії (АІТ) за 2023 рік.

Викладення основного матеріалу

24 лютого 2022 року в Україні Указом Президента України було запроваджено воєнний стан. Зміст поняття «воєнний стан» і його правове тлумачення висвітлено у положеннях Закону України «Про правовий режим воєнного стану» [1].

Попри виклики воєнного стану, система охорони здоров'я працює і залишається важливою структурою у забезпеченні національної безпеки України. Серед інших заходів для зменшення ризиків загрози останній необхідно посилювати рівень підготовки майбутніх лікарів. Це набуває особливої значущості стосовно такої важливої і затребуваної медичної спеціальності, якою є АІТ, в сучасних і таких далеко непростих умовах. З одного боку, існують вимоги стосовно інтеграції нашої країни до Європейського співтовариства, які передбачають високий рівень підготовленості

спеціалістів, а з іншого боку – виконання цих вимог ускладнюються нашими реаліями сьогодення. Слід зазначити, що значною мірою навчання інтернів-анестезіологів в умовах воєнного стану полегшилось тією обставиною, що кафедрою АІТ був накопичений досвід медичної дистанційного освіти в умовах пандемії COVID-19 [2].

Медична освіта однаково пов'язана як із засвоєнням нових знань, так і розвитком усвідомлення професійної ідентифікації майбутніх анестезіологів з констатацією наскільки вони є підготовленими до майбутньої фахової діяльності з урахуванням різноманітних аспектів, як-от екстремальність, робота у нічний час, вплив виробничих шкідливих чинників, набуття навичок медичної комунікації, дотримання етики та деонтології у спілкуванні з пацієнтами та колегами, чітке ведення медичної документації тощо.

Освітній процес на кафедрі АІТ здійснюється за такими формами: навчальні заняття, самостійна робота, практична підготовка, контроль знань. Важливе значення при цьому приділяють управлінню навчанням, а саме: його плануванню, мотивації, організації та контролю; оскільки саме ці чинники визначають ефективність освітнього процесу. До початку навчального року (вересень, 2023 р.) співробітники кафедри підготували 85 нових відеолекцій з висвітленням останніх гайдлайнів та інновацій в АІТ. Лекційний матеріал є доступним для вивчення на освітній платформі «Лікарський освітній портал». А практичні заняття та майстер-класи проводили як з використанням сучасних симуляційних технологій, так і з реальними пацієнтами на клінічних базах.

На підготовчому етапі важливими залишаються постановка навчальних цілей, вибір форм і методів навчання, підготовка навчального матеріалу, складання плану навчання, підготовка й аналіз засобів і умов навчання. Співробітниками кафедри розроблено новий навчальний план та програму для інтернів, що передбачає запровадження трирічного терміну навчання (на противагу попередньому, дворічному). На наступному, вступно-мотиваційному етапі, зберігають актуальність повідомлення навчальних цілей, мотивування до навчання, налаштування інтернів до роботи. Приємно зазначити, що переважна більшість інтернів відповідально поставилися до вибору своєї майбутньої спеціальності і є внутрішньо вмотивованими. Останнє полегшує сприйняття навчального матеріалу, його закріпленню та застосуванню. Наприкінці, на контрольно-оцінному етапі, актуальними лишаються: контроль (серед якого слід виокремити – взаємоконтроль та самоконтроль), домашнє завдання, зворотній зв'язок, підбиття підсумків й висновки. Дотримання такої етапності у навчанні дозволяє досягнути мети, а саме: отримання позитивного результату навчальної діяльності з відповідними змінами у знаннях, уміннях й поведінці лікарів-інтернів.

Навчання лікарів-інтернів передбачає засвоєння ними не лише базових знань а формування цілого комплексу знань, умінь та навичок. В переліку обов'язкових компетентностей після закінчення інтернатури розрізняють: інтегральну, загальну та професійну компетентності. Професійна компетентність передбачає широкий перелік вимог до інтерна: використання та інтерпретація належним чином результатів передопераційних досліджень, уміло використовувати все відповідне медичне/технічне обладнання, обирати відповідні заходи екологічної безпеки та готувати робоче місце відповідно до місцевих контрольних списків; мати та використовувати знання з внутрішньої медицини, хірургії, інфекційних захворювань, акушерства тощо [3, с. 40]. Саме тому були записані для інтернів лекції «Основи техніки безпеки під час роботи анестезіолога з електроприладами, вогнебезпечними та вибухонебезпечними речовинами», «Передопераційний огляд пацієнта», «Передопераційна підготовка та премедикація», «Інтраопераційний моніторинг», «Коморбідні стани в практиці анестезіолога», «Основи гемодинаміки для анестезіолога», «Безпека пацієнта в регіонарній анестезії» тощо.

Гарантування безпеки хворого, який знаходиться в стані анестезії, є одним із основних обов'язків анестезіолога. Для ефективного забезпечення безпеки необхідна система адекватного спостереження за хворим під час операції. Анестезіолог повинен розбиратися в особливостях використання складного моніторного обладнання. Тому на кафедрі анестезіології було проведено кілька практичних та семінарських занять, на яких з інтернами було розібрані загальні та прикладні аспекти інтраопераційного моніторингу. Серед приладів, які використовують з цією метою, набули особливого значення ті, які дозволяють надійно контролювати стан головного мозку, серця, органів дихання та інших органів, що виконують життєво важливі функції. На заняттях лікарі-інтерни мали можливість самостійно і під контролем науково-педагогічних працівників здійснювати нервово-м'язовий моніторинг, церебральну оксиметрію, БІС (BIS)-моніторинг та були ознайомлені з інвазивним виміром артеріального тиску та принципами роботи пульсоксиметрів. Подібні заняття додають інтернам впевненості і сприяють професійній ідентифікації.

Користування апаратом штучної вентиляції легень (ШВЛ) є серйозним іспитом для лікарів, які розпочинають роботу в АІТ. Велика кількість параметрів, які вимагають належної інтерпретації та вмілого налаштування, складні графіки на екрані апарату ШВЛ у поєднанні тяжким станом пацієнта викликають обґрунтоване побоювання у початківців. Тому важливе значення мають завчасне ознайомлення майбутніх фахівців з сучасною наркозно-дихальною апаратурою. На кафедрі було проведено цикл семінарських і практичних занять, присвячених темі «Основи ШВЛ» для інтернів першого року навчання.

Для оцінки навичок, пов'язаних з доглядом за пацієнтом, Американське Товариство Анестезіологів (ASA) проводить об'єктивний структурований клінічний іспит (ОСКІ, OSCE (Objective Structured Clinical Examination)) – сучасний тип оцінки знань, який використовується у медицині. Для підготовки до ОСКІ, були створені спеціальні модулі за окремими темами та навчальна програма для підготовки майбутніх анестезіологів. Ці модулі рекомендують також для стажерів-анестезіологів усіх рівнів, щоб вони мали можливість ознайомитися з форматом та швидким темпом екзамену. При цьому лікарю пропонують різні клінічні ситуації, спостерігають за його діями, аналізують їх та максимально об'єктивно оцінюють його знання, вміння самостійно обстежити хворого, поставити діагноз, провести лікарську маніпуляцію, надати кваліфіковану допомогу тощо.

Проведення освітньої діяльності на кафедрі АІТ НУОЗУ, ґрунтується на принципах, які використовуються у європейській системі освіти, що, серед іншого, передбачає оцінку навичок спілкування та професіоналізму, а також технічних навичок за системою ОСКІ, як доповнення до стандартного компоненту усного іспиту. Але переважна більшість лікарів-інтернів не готові психологічно до стресових умов повсякденної праці анестезіолога і до подібного оцінювання їхнього рівня знань, що передбачає визначення об'єму теоретичних знань та практичних навиків у стислі проміжки часу.

Саме тому на кафедрі АІТ проводять іспит за системою ОСКІ по окремим станціям: «Теоретична станція», «Передопераційний огляд пацієнта», «Інтраопераційний моніторинг», «Рентгендіагностика», «Лабораторна діагностика» тощо. Як показали результати оцінювання, найскладнішими станціями для лікарів-інтернів були: «Травма», «Складні дихальні шляхи», «Обладнання в операційній», «Кардіологічна».

На сьогодні є підстави стверджувати про певні досягнення у сфері дотримання безпеки пацієнтів, таких як отримання інформованої згоди на медичне втручання, організаційні зусилля на глобальному рівні та в окремих країнах, розробка та запровадження безпечних технологій діагностики та лікування (серед них – впровадження систем контролю функцій життєво важливих органів, мініінвазивна хірургія тощо) а також – сучасних технологій симуляційного навчання. Подібні тенденції мають важливе значення при анестезіологічному забезпеченні оперативних втручань та при проведенні інтенсивної терапії.

Сучасні технології дотримання безпеки пацієнтів набули найбільшого поширення у країнах з розвинутою страховою медициною. Підґрунтям для цього стала класична робота співробітників Комітету з якості в охороні здоров'я США «To Err is Human: Building A Safer Health System» («Людині властиво помилятися. Побудова безпечної системи охорони здоров'я») [4]. Головна мета освітнього процесу в підготовці майбутніх фахівців – максимальне наближення навчання до реальної професійної картини. Цього досягають застосуванням симуляції – імітацією виконання реального процесу або роботи протягом певного часу. Особливої актуальності симуляційне навчання набуло в анестезіології та інтенсивній терапії.

У Центрі симуляційних методів навчання імені А.В. Ткаченка та на кафедрі АІТ НУОЗУ були проведені симуляційні заняття малими групами інтернів першого року навчання. Перед початком симуляційних занять був проведений інструктаж стосовно правил поведінки під час навчання.

Для засвоєння та вдосконалення технічних навичок необхідна постійна практика та симуляція, що дозволяє довести техніку виконання цих прийомів до автоматизму. Під час занять використовувалися моделі – статичні симуляційні інструменти, розроблені для освоєння конкретних маніпуляцій, зокрема таких як інтубація трахеї. На думку викладачів кафедри АІТ, подібні заняття, окрім опанування практичними навиками, допомагають вирішувати важливе завдання пришвидшеної адаптації лікарів-інтернів до роботи в операційній, оскільки імітується робота в стерильних умовах з використанням гумових рукавичок, масок, змінного медичного одягу та взуття. Використання симуляційних інструментів в сучасно обладнаному Центрі симуляційних методів

навчання й на кафедрі АІТ – це прекрасне вирішення проблеми розвитку практичних навиків, що особливо важливо, зокрема при забезпеченні медичними працівниками прохідності дихальних шляхів.

Медичні заклади вищої освіти, керуючись Законом України «Про вищу освіту», активно впроваджують в освітній процес сучасні технології симуляційного навчання. Серед симуляційних інструментів виокремлюють наступні категорії: стандартизований пацієнт, симулятори/тренажери та моделі. Останнє, серед інших, передбачає використання статичних симуляційних інструментів для освоєння конкретних маніпуляцій і методів на певних частинах тіла як-от рука, голова, таз або хребет.

Симуляційне навчання передбачає використання симуляції як методу для набуття практичних навичок. Медичні вміння здобуваються через когнітивні (знання) та психомоторні навички (практика). Базова клініко-теоретична підготовка анестезіологів охоплює такі навички нетехнічного характеру, як комунікація, клінічні судження та планування. Для засвоєння та вдосконалення технічних/психомоторних навичок і навичок спілкування, необхідна постійна практика та симуляція, що дозволяє довести техніку виконання цих прийомів до автоматизму. Використання симуляційних прийомів і методів у медичному навчанні називається симуляційним навчанням у медицині. Такий підхід є одним із шляхів створення і впровадження нових конкурентоспроможних технологій для забезпечення інноваційного розвитку суспільства та підготовки фахівців інноваційного типу і є «золотим стандартом» медичної освіти в розвинутих країнах світу.

В АІТ надвичайно важливими є нейроаксіальні методи анестезії. Для дотримання безпеки та уникнення ускладнень при виконанні спінальної або епідуральної аналгезії/анестезії, потрібно опанувати усі технічні аспекти на самому початку навчання в інтернатурі. З цією метою на кафедрі АІТ було проведено кілька практичних занять, на яких лікарі-інтерни першого року навчання опановували усі практичні аспекти зазначених методів анестезії. Важливим було те, що у якості моделі хребта були використані справжні фрагменти хребтів телят, що дозволило максимально наблизити умови проведення цих симуляційних методів до клінічних умов.

З метою обміну досвідом та ідеями провідними фахівцями з важливих напрямків клінічної лабораторної діагностики кафедра АІТ запросила виступити з презентаціями на актуальні проблеми гемостазіології Юлія Пташекаса (Julius Ptasekas) – доктора медицини, члена Наукової ради Всесвітнього інституту екології та наукового комітету раку, члена Королівського мікроскопічного товариства з електронної мікроскопії, члена Всесвітньої організації гепато-біліарної та панкреатичної хірургії, члена Міжнародної асоціації гістохіміків, консультанта-викладача курсу діагностичної гемостазиології в рамках програми клінічної освіти медичного факультету Вільнюського державного університету (Литва). Лектор в презентації всебічно висвітлював актуальні проблеми передопераційного скринінгу стану гемостазу та клінічну інтерпретацію лабораторних параметрів коагуляції під час операції та після неї. В наступній презентації пан Ю. Пташекас повідав про особливості зміни коагуляційних параметрів в періопераційному періоді при трансплантації печінки. В аудиторії серед слухачів були як молоді лікарі-анестезіологи, так і досвідчені колеги, у практиці яких зустрічаються розлади гемостазу у періопераційному періоді. Подібні заняття сприяють усвідомленню інтернами важливості обраної ними майбутньої спеціальності.

Доволі актуальним є питання правильного ведення медичної документації, що окрім інших важливих аспектів, має юридичне значення. Саме тому на кафедрі АІТ приділяють особливу увагу поширенню правильної української (державної) мови. «Правильне вживання наукової медичної мови є свідченням загальної культури, освіченості, компетентності і фаховості лікарів. У цьому сенсі велике значення треба надавати навчанню української медичної термінології студентів медичних навчальних закладів, лікарів на початку їхньої професійної діяльності, коли закладають в усне мовлення та письмо певні стереотипи, змінити які надалі є доволі важко» [5, с. 7]. Вкрай значущою проблемою, є повернення і захист української мови та її природности, адже вона є середовищем, що забезпечує повноцінне життя нації, постає важливим чинником гуртування і збереження державности... [6, с. 172].

Наприкінці навчання (по попередній, дворічній програмі) було проведено соціологічне дослідження серед інтернів другого року навчання яке «дозволило встановити наступні тенденції формування професійної компетентності інтернів-анестезіологів: значний об'єм інформації та високі професійні вимоги до анестезіологів, передбачають постійне вдосконалення своїх знань та навиків, що неможливо без достатньо високого рівня мотивації. Наявність попереднього досвіду роботи у закладах охорони здоров'я лікарів-інтернів підкреслює осмисленість вибору майбутньої спеціальності, соціальне та фахове розуміння сутності практичної медицини, навички спілкування з

колегами. При виборі майбутньої спеціальності «АІТ» інтерни найчастіше вибирають з-поміж таких лікарських спеціальностей як хірургія, неврологія та медицина невідкладних станів. Для успішної роботи анестезіологом, на думку інтернів-анестезіологів, найактуальнішими є: рішучість, лідерські якості, відмінне здоров'я, вміння швидко приймати правильні рішення тощо» [3, с. 39-40].

Але інколи у навчально-педагогічній роботі доводиться стикатися із проявами того, що деякі інтерни підсвідомо відчувають себе все ще студентами з такими поведінковими проявами, які можна кваліфікувати як неорганізованість чи порушення дисципліни. У подібних ситуаціях доводиться терпляче повторювати і наголошувати, що ви вже не студенти, що ви вже майже дорослі! Так, якось доводилося чути від інтерна про його день народження саме у день заліку, на якому була продемонстрована його «скромна» підготовленість...Звичайно, можна пригадати класичну фразу «про години нудьги та хвилини жаху», яка відома досвідченим анестезіологам. Але усвідомлення цього прийде до лікарів-початківців під час самостійної практики. А, ймовірно, кращим варіантом відповіді у подібній ситуації була б фраза від акушерки інтерну, описаної у літературному творі А. Кея «Буде боляче. Таємні щоденники лікаря-ординатора»:

«– У нас перерв немає...

– Але ж у мене сьогодні день народження.

– Ми в пологовому покої – тут завжди в когось день народження» [7, с. 104].

Освітній процес передбачає ознайомлення інтернів з історією кафедри АІТ (яка є опорною для профільної спеціальності в Україні), залучення лікарів інтернів до проведення конференцій та симпозіумів, що їх організує щорічно кафедра АІТ. Так, 19-21 травня 2023 року був проведений Британо-Український Симпозіум (БУС 15) «Анестезіологія та інтенсивна терапія – сьогодні і перспективи розвитку» в організації якого лікарі-інтерни приймали активну участь. Форум був присвячений 100-річчю з дня народження професора Анатолія Івановича Тріщинського [8] – видатного вченого та анестезіолога, суспільного діяча, засновника анестезіологічної служби в Україні, першого завідувача самостійної кафедри анестезіології та реаніматології (сьогодні АІТ) Київського інституту удосконалення лікарів (сьогодні НУОЗУ імені П.Л. Шупика). З метою забезпечення безпеки учасників і організаторів симпозіуму – переважна частина майсер-класів була проведена у спеціально обладнаному бомбосховищі.

На Європейському Конгресі Анестезіологів «Euroanaesthesia 2023» у м. Глазго (Шотландія) від кафедри АІТ була здійснена постерна доповідь «Зміна мотивації у виборі спеціальності у зв'язку з воєнними діями в Україні (за даними соціологічного дослідження)» – порівняння результатів соціологічного дослідження серед інтернів першого року у 2021 році – до початку війни та у 2022 році – під час війни в Україні. Участь у анкетуванні була добровільною та анонімною. Метою дослідження було порівняти мотивацію лікарів-інтернів першого року навчання щодо вибору спеціальності «Анестезіологія» до та після початку військових дій в Україні. В результаті проведеного дослідження встановлено збільшення автономної (внутрішньої) мотивації лікарів-інтернів при виборі ними спеціальності «Анестезіологія», що можна пов'язати тривалими воєнними діями в Україні та усвідомленням важливості обраної професії [9].

Висновки

Основні проблеми у навчанні інтернів-анестезіологів зумовлені воєнним станом, який обтяжує можливості освітнього процесу. Попри це в таких складних умовах і інтерни, і науково-педагогічні працівники повинні долати усі виклики сьогодення для зміцнення як самої системи охорони здоров'я, так і національної безпеки в цілому.

Список використаних джерел

1. Про правовий режим воєнного стану: Закон України від 12.05.2015 р. № 389-VIII. Відомості Верховної Ради. 2015. № 28. ст.250.
2. Loskutov O.A., Markov Yu.I., Krasnov V.V., Dzyuba D.A., Druzina O.M., Savichuk N.O., Sudakevich S.N. Priority of distance education during the COVID-19 pandemic period. *Azərbaycan TİBB Jurnalı (Azerbaijan Medical Journal)*. 2022. № 1. С. 159-166.
3. Лоскутов О.А., Марков Ю.І. Формування професійних компетенцій у інтернів-анестезіологів (за даними соціологічного дослідження). *Медицина невідкладних станів*. 2023. Т.19. № 3. С.39-46.
4. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. PMID: 25077248.

5. Томашевська О. Українське медичне слововживання: навч.-метод. посібник / О. Томашевська, С. Дзісь. Видавництво Львівської політехніки, 2023. 144 с.
6. Єщенко Т. Екологія мови сучасної медичної документації у галузі охорони здоров'я Збірник матеріалів Всеукраїнської мультидисциплінарної науково-практичної конференції з міжнародною участю «Лінгвоекотологія: мова медицини» 22-23 лютого 2023 року.(Львів). С. 163-172.
7. Кей А. Буде боляче. Таємні щоденники лікаря-ординатора. Адам Кей; пер. з англ. Харків: Віват, 2023. 256 с.
8. Бондар М.В., Лоскутов О.А., Марков Ю.І. Професор Анатолій Іванович Тріщинський – засновник української анестезіологічної школи (до 100-річчя з дня народження). Медицина невідкладних станів. 2023. Т. 19. № 2. С.75-80.
9. Loskutov O., Markov Y., Maruniak S. Changes in motivation in choosing the specialty "Anesthesiology" during the martial law in Ukraine: sociological research. European Journal of Anaesthesiology. Volume 40. e-Supplement 61. June, 2023. P.455.

СУЧАСНІ ОСВІТНІ УМОВИ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ЩОДО ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ З АНГЛОМОВНОЮ ФОРМОЮ НАВЧАННЯ

*Гайдай Наталія Вікторівна
кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства і гінекології,
Сюсюка В.Г., доктор медичних наук, професор,
в.о. завідувача кафедри акушерства і гінекології,
Дейніченко Олена Валеріївна
доктор філософії, доцент кафедри акушерства і гінекології,
Богомоллова Оксана Андріївна
асистент кафедри акушерства і гінекології,
Любомирська Катерина Сергіївна
доктор філософії, асистент кафедри акушерства і гінекології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Навчання – це процес безперервний, і в сучасних реаліях можливий завдяки дистанційній формі навчання. Академічна мобільність в умовах он-лайн навчання дає змогу студентам отримати досвід від провідних фахівців кафедри акушерства і гінекології ЗДМФУ, які готові поділитися сучасними знаннями та правилами оволодіння практичними навичками. Цей досвід допомагає студентам поглибити свої компетентності та легше адаптуватися до складних викликів, що виникли в нашій країні, на тлі війни.

Розвиток сучасного суспільства та розширення міжнародних зв'язків обумовлюють нові вимоги до рівня професійної підготовки студентів вищих навчальних закладів. Після закінчення університету лікар повинен мати теоретичні та практичні знання, володіти методами профілактики, лікування та реабілітації – обсягом знань, що є необхідним для роботи практикуючого лікаря. Вміти обстежити пацієнта, проводити додаткові обстеження, встановлювати попередній діагноз, призначати лікування та надати першу допомогу при станах, які загрожують життю [2, с.39]. Головною метою української вищої освіти є підвищення її рівня якості, конкурентоспроможності фахівців на ринку праці.

На базі Запорізького державного медико-фармацевтичного університету для проведення симуляційного навчання створені міжкафедральний тренінговий центр. Проводилось навчання студентів згідно робочим програмам. Симуляційне навчання – це сучасна технологія набуття практичних навичок, умінь та знань, заснована на реалістичному моделюванні та імітації клінічної ситуації з використанням різноманітного сучасного навчального обладнання.

Головними ознаками симуляційного навчання можна вважати: наявність штучно створеного імітованого середовища для навчання; можливість використання манекенів або статистів для повноти та реалістичності моделювання об'єкта в певній ситуації; відпрацювання конкретних практичних навичок з використанням сучасної апаратури без завдання шкоди здоров'ю людини; відпрацювання командної роботи в імітованій конкретній ситуації; наявність досвідчених викладачів, які мають багатий досвід лікувальної та навчальної роботи. Перевагами симуляційного тренінгу є: знижений стрес студента під час перших самостійних маніпуляцій; велика кількість повторів для відпрацювань навичок; відпрацювання дій при рідкісних та таких, що загрожують життю, станах; розвиток як індивідуальних умінь і навичок, так і командної взаємодії; об'єктивна

оцінка досягнутого рівня майстерності [1,с.12]. На прохання студентів з англomовною формою навчання ,які знаходяться в Україні,було проведено мастер-клас з усвоєння практичних навичок в акушерстві і гінекології.Студенти засвоїли навички.були задоволені результатом навчання. Симуляційне навчання є ефективним підходом до покращення розвитку професійної компетентності в акушерстві та гінекології, забезпечує безпечне та контрольоване середовище навчання, стандартизує навчання та оцінювання та сприяє міжпрофесійній освіті [3.с.23].

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.с.51]. З цією метою, враховуючи дистанційну форму навчання,кафедрою акушерства і гінекології ЗДМФУ активно використовується інтерактивна онлайн платформа Body Interact, яка є однією з найбільш прогресивних сучасних симуляційних онлайн технологій пацієнтами. 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[5.с.58].

На кафедрі акушерства і гінекології ЗДМФУ велике значення в програмі підготовки студентів з англomовною формою навчання відводиться як практичним заняттям, так і лекційному матеріалу з особливостями вікової фізіології і патофізіології, фармакокінетики лікарських засобів, критичним станам з урахуванням сучасних протоколів алгоритму надання спеціалізованої допомоги тощо. Заняття зі студентами проводились згідно розкладу, на платформі Teams. На кожному занятті студенти проходили тестування для оцінки рівня підготовки, відповідно до тематики. Слід акцентувати увагу, що практична частина включала не тільки опитування, а також розбір клінічних ситуацій (кейсів), з подальшим їх аналізом. За результатами завершення семестру, заплановано проведення контролю знань у форматі об'єктивного структурованого клінічного іспити на платформі Teams, відповідно до розкладу.

Підтвердженням якісного надання освіти є групи іноземних студентів з англomовною формою навчання, які продовжили навчатися в Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті,незважаючи на війну. Сучасні технології передачі знань ефективно сприяють формуванню майбутнього фахівця мати поглиблені знання з предмету та більш впевнено почувати себе в професійних ситуаціях.

Список використаних джерел

1. Запорожан В.М., Тарабрін О.О. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи. Практичний poradник. Суми: ПФ «Видавництво Університетська книга», 2018. 240 с.
2. Хоменко К.П. Тенденції, принципи, закономірності підготовки лікарів у вищих навчальних закладах Польщі. Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди» – Вип. 37-1, Том V (73) : Тематичний випуск «Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору». – К.: Гнозис, 2017. 38-50.
3. Оксюта В.М., Палапа В.В. Формування фахової компетентності з акушерства та гінекології у разі симуляційного навчання. Health & Education. 2023; 1: 22-24.
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. 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. 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. 58-60.

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК З УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ ЗА ПРОФЕСІЙНИМ СПРЯМУВАННЯМ ЯК СКЛАДОВА ЯКІСНОГО ВИВЧЕННЯ ДИСЦИПЛІНИ МАЙБУТНІМИ ЛІКАРЯМИ В УМОВАХ ВІЙНИ

*Грищенко Олена Володимирівна
викладач кафедри мовних та гуманітарних дисциплін
Донецького національного медичного університету*

Наявність у викладача і студентів якісної науково-методичної літератури є основою для успішного навчального процесу. Особливо помітним це стало в умовах дистанційного навчання, ще помітнішим – в умовах сучасної російсько-української війни. Оскільки Донецький національний медичний університет - двічі переміщений заклад вищої освіти, це формує низку складнощів із матеріально-технічним забезпеченням, зокрема – з науковою та навчально-методичною літературою. Вже багато років, починаючи з 2014, наукова бібліотека нашого університету є переважно електронною і ретельно збирається книжка до книжки. Забезпечити навчальний процес гарною літературою - основною науковою, додатковою методичною, довідниковою – задача кожного викладача.

Ураховуючи важливість такого завдання, на кафедрі мовних та гуманітарних дисциплін Донецького національного медичного університету укладений навчальний посібник з української мови за професійним спрямуванням для студентів I курсу, де базову анатомічну термінологію подано в контексті її функціонування на трьох рівнях: комунікативному, лексичному та граматичному.

Через те, що українська мова за професійним спрямуванням вивчається студентами тільки, на жаль, на I курсі й в обсязі 50 годин практичних занять, необхідні для вивчення анатомічні терміни були згруповані у словники відповідно до основних систем людського організму. Такі словники передують кожному розділу посібника і є обов'язковими для вивчення, бо вільне володіння фаховою термінологією – одна із провідних задач вивчення нашої дисципліни.

Кожна тема посібника містить лексичний і граматичний компонент. До лексичного входять словники термінів, частина передтекстових і післятекстових завдань, пов'язаних із лексикою та особливостями вживання медичних термінів, полісемією, паронімією у мові медицини, а також власне сам спеціальний медичний текст.

До граматичного компоненту належать певні граматичні теми, які слід повторити і закріпити на заняттях через велику кількість помилок, пов'язаних із ними. До таких тем належать: правопис префіксів в українській мові, правила вживання м'якого знака та апострофа, спрощення у групах приголосних, чергування голосних і приголосних в українських словах, правопис закінчень -а, -я/-у, -ю в іменниках другої відміни чоловічого роду Родового відмінка однини, правопис слів іншомовного походження, правопис складних слів тощо. У посібнику міститься достатня кількість тренувальних завдань за цими темами, а в кінці знаходяться підсумкові тести для самоперевірки.

Змістовим центром кожної теми є спеціальний медичний текст, пов'язаний із певною системою людського організму: опорно- руховою, нервовою, кровоносною, дихальною, травною тощо. Саме його аналізують студенти, навколо нього формуються спеціальні завдання для повного розуміння, сприйняття інформації та відтворення на різних рівнях комунікації. Більшість текстів супроводжується відповідними ілюстраціями.

Крім того, кожний розділ посібника містить матеріали, присвячені культурі мовлення, що є актуальним для формування професійної комунікації здобувачів вищої медичної освіти. Цей компонент (теми і практичні завдання з культури мовлення) було додано у посібник у його останній редакції через нагальну потребу підвищення якості культури мовлення серед майбутніх лікарів. Лікар - це комунікатор, і якість комунікації з пацієнтом і його родичами, колегами, підлеглими і керівництвом лікувального закладу – це база для створення спокійної, доброзичливої атмосфери у процесі лікування хворого. У нашому посібнику матеріали з культури мовлення охоплюють і мовленнєвий етикет лікаря, і особливості медичної лексики щодо контексту вживання, і наголошення слів, прийменникові конструкції, притаманні українській мові, пароніми у мові медицини та інше. Зазвичай подібні теми і завдання викликають у студентів неабияку цікавість і запобігають багатьом помилкам у професійному спілкуванні.

У структурі нашого посібника немає розділу, присвяченого діловим паперам. Це свідомий вибір, обумовлений сучасною загальною доступністю усіх зразків медичної документації в електронному варіанті (без потреби їх ретельного вивчення) і бажанням приділити більше навчального часу усному професійному мовленню та його якості.

Через це ми запровадили на заняттях з української мови за професійним спрямуванням таке завдання, як підготовка кожним студентом усної доповіді за запропонованою медичною темою (у науковому чи науково-популярному стилі). Темі доповідей містяться в кінці кожного розділу посібника, вони пов'язані з навчальним матеріалом, але у процесі підготовки вимагають додаткового пошуку інформації, її аналітики і відбору для презентації. Усі вони є цікавими для майбутніх лікарів (наприклад, при вивченні теми «Травна система» ми пропонуємо такі теми доповідей: «Кишківник – другий мозок людини», «Обережно, дієти!» тощо), закріплюють навички роботи з науковою та науково-популярною літературою, підвищують рівень культури усного мовлення, тренують риторичні навички, готують студентів до подальшої серйозної наукової роботи, формують стійкі поняття здорового способу життя.

Крім навчального посібника з української мови за професійним спрямуванням, ми надаємо студентам перелік навчальної літератури, яку можна знайти в електронному варіанті, список додаткових літературних джерел (наприклад, академічний словник термінів «Хімія. Біологія. Медицина», літературу з культури мовлення (авт. О.Пономарів, О.Сербенська та інші), довідників із граматики української мови.

За роки дистанційного навчання через COVID-19 та російсько-українську війну ми пересвідчилися, що ретельно укладений навчальний посібник відіграє неабияку роль у педагогічному процесі. Це вірний помічник студента, коли є проблеми доступу до навчальної літератури, бо у ньому є все необхідне для вивчення дисципліни, про що неодноразово згадували самі учні. На наш погляд, було б корисним удосконалити подібну роботу для досягнення головного результату – якісного навчання майбутніх лікарів, яких вельми потребує Україна.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ОНЛАЙН ВІДЕОКОНФЕРЕЦІЇ ДЛЯ ІСПИТУ НА КАФЕДРІ ГОСПІТАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

Губка Віктор Олександрович, професор,

Вільданов Сергій Ренатович, доцент,

Гайдаржі Євген Іванович, доцент,

Головко Микола Григорович, доцент,

Охріменко Георгій Іванович, асистент,

Вайло Юрій Миколайович, асистент,

Гавриленко Борис Сергійович, асистент,

Проценко Артем Сергійович, асистент,

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Вступ. Враховуючи воєнний стан в Україні, освітній процес проводиться в дистанційній формі [1].

Основна частина. Використання Microsoft Teams надзвичайно розширило горизонти як навчального, так і педагогічного процесу. Microsoft Teams – центр командної роботи в сервісі Microsoft Office 365. Тут інтегровано користувачів, вміст та інструменти, необхідні команди для ефективної роботи та взаємодії. Для студентів завантажені електронні матеріали для підготовки. Окрім тестів «КРОК» на кафедрі госпітальної хірургії використовуються багаторівневі ситуаційні завдання. Такі задачі складаються з декількох тестових завдань. Перехід на наступний рівень можливий тільки після подолання попереднього. Як правило це логічна послідовність, що включає спочатку клінічну картину (скарги, анамнез та дані фізикального обстеження). Далі пропонується вибрати найбільш інформативний метод діагностики. На наступному етапі інтерпретуються діагностичні дані (наприклад томограма, сонограма та ін.). Наступний крок – діагноз. У кінці задачі пропонується призначити лікування. Завдання такого типу на наш погляд сприяють розвитку однієї з провідних якостей та досягнення основної мети навчання у медичному вищому навчальному закладі – формування клінічного мислення. Ми успішно екстраполювали досвід використання таких багатоступеневих завдань і в екзаменаційну сесію. Таким чином скоординовано та об'єктивно реалізуємо іспити з дотриманням безпекових вимог без потреби скупчення студентів у аудиторіях.

Головною ж перевагою Microsoft Teams є можливість інтерактивних відеоконференцій у режимі реального часу. Це дає можливість повноцінного усного опитування та розбору клінічних випадків з одночасною презентацією фото та відеоматеріалів.

Співробітники ректорату і деканату мають можливість в режимі реального часу підключитися до онлайн відеоіспиту. Для аналізу зберігається також відеозапис.

Висновки. Успішна педагогіка та ефективна освіта мають бути інтерактивними. Обговорення є однією з найефективніших форм навчального процесу і, вірогідно саме тому, залишається незмінною складовою освіти.

Список використаних джерел

Наказ МОН України від 07.03.2022 р. №235 «Про деякі питання організації роботи закладів фахової передвищої, вищої освіти на час воєнного стану»

ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРАКТИВНІ ДОШКИ WHITEBOARD MICROSOFT TEAMS ПІД ЧАС ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ НА КЛІНІЧНІЙ КАФЕДРІ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

*Дейнега Вікторія Анатоліївна
асистент, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Продовжується війна в Україні. І це створює низку викликів для забезпечення нормального ходу навчального процесу. Питання дистанційної освіти залишається актуальним за таких умов. Звичайно є певні переваги дистанційного навчання під час війни:

- Безпека студентів: дистанційне навчання може забезпечити безпеку для студентів, особливо в умовах військових дій, коли може бути ризик для життя та здоров'я.
- Збереження навчального процесу: дистанційне навчання дозволяє уникнути перерв у навчанні, що є важливим для збереження освітнього процесу в умовах кризи.
- Гнучкість і доступність: цей формат навчання може бути гнучким і доступним для студентів, які можуть знаходитися в різних місцях чи в умовах обмеженого руху, навчатися асинхронно.
- Доступ до ресурсів: студенти можуть мати широкий доступ до електронних ресурсів, включаючи віртуальні бібліотеки, лекції та відео-матеріали, що полегшує їх навчання.
- Міжнародне спілкування: онлайн-формат дозволяє студентам взаємодіяти з однодумцями та викладачами з різних країн, обмінюючись досвідом та перспективами.
- Інноваційні технології: використання сучасних технологій, таких як віртуальні лабораторії та інтерактивні симулятори, може покращити якість навчання та підготовку студентів.

Але є й недоліки:

- Найголовніше: обмеженість оволодіння практичних навичок. В умовах війни може бути складно забезпечити студентам доступ до необхідної практичної підготовки та клінічної практики, які є важливими в медичній освіті і може ускладнити отримання практичних навичок, які є критичними для медичної освіти, особливо в клінічній практиці.
- Технічні труднощі: у воєнний період може виникати проблеми з доступом до технічних засобів та інтернету, що може ускладнювати дистанційне навчання. Не всі студенти можуть мати стабільний доступ до інтернету або відповідне технічне обладнання, що може стати перешкодою для навчання.
- Соціальна ізоляція: дистанційне навчання може призводити до відсутності особистого контакту та соціальної ізоляції, що важливо враховувати, особливо в умовах стресу та нестабільності. Брак особистої взаємодії може призвести до втрати соціальної взаємодії та спілкування між студентами та викладачами, особливо це стосується іноземних студентів.
- Труднощі в саморегуляції: необхідність самостійної саморегуляції може бути важкою для деяких студентів, особливо для тих, хто потребує більше структурованого навчання.

Враховуючи ці фактори, важливо знаходити баланс між дистанційним та традиційним навчанням, забезпечуючи студентам можливість отримати всебічну медичну освіту. Під час війни важливо збалансувати потреби у забезпеченні безпеки студентів та забезпеченні якісної медичної освіти, розглядаючи можливість дистанційного навчання та враховуючи його обмеження та переваги в конкретному контексті. Платформа MS Teams, з її багатьма додатками, надає такі можливості у викладанні клінічної дисципліни. Зокрема, спільна робота над клінічними дослідженнями за допомогою інтерактивної дошки Whiteboard може відкривати нові можливості для залучення студентів до активної участі на практичному занятті. Студенти можуть використовувати інтерактивну дошку для створення та презентації результатів клінічних досліджень. Вони можуть додавати графіки, таблиці, та ілюстрації, а також взаємодіяти з однодумцями під час обговорення, можуть вносити свої пропозиції, коментувати та підписуватися на зміни, а також всі студенти

можуть бачити результат роботи інших без необхідності надання доступу до екрану та їх перемикання. Студенти можуть використовувати інтерактивну дошку для групових обговорень результатів досліджень, обміну ідеями та аналізу отриманих даних, спільно працювати над клінічним випадком на інтерактивній дошці, обговорюючи діагноз. Використання інтерактивної дошки для вирішення ситуаційних задач може стати ефективним методом активного навчання для медичних студентів. Це дозволяє їм розвивати критичне мислення, аналізувати клінічні сценарії та приймати обґрунтовані рішення. Спільне за допомогою віртуальної дошки вирішення задач з вигодовування дитини може бути важливим аспектом для медичних студентів, особливо для тих, хто спеціалізується на педіатрії чи сімейній медицині. Використання інтерактивної дошки може полегшити цей процес та забезпечити ефективне навчання. Моделювання ситуацій, де дитина починає вживати тверді їжі. Студенти можуть розробляти індивідуальні плани ввведення нових продуктів, враховуючи розвиток дитини. Створення віртуальних випадків, де студентам потрібно розробляти оптимальні стратегії вигодовування для забезпечення нормального росту та ваги дитини. Дистанційне навчання може викликати ряд труднощів для іноземних студентів, особливо у медичному університеті, де мовна та культурна адаптація грає важливу роль. Відсутність можливості фізично бути присутніми на практичних заняттях та взаємодіяти з викладачами може збільшити відчуття відокремленості та втрати контакту і погіршує розуміння і сприйняття інформації. Використання інтерактивної дошки під час занять для іноземних студентів може бути ефективним інструментом для забезпечення активної участі та розуміння матеріалу, полегшуючи адаптацію іноземних студентів до навчання на дистанції. Використання інтерактивної дошки при дистанційному навчанні в медичному університеті може бути важливою складовою для покращення якості освіти та залучення студентів до навчального процесу, особливо у сучасних умовах, коли дистанційне навчання стає все більш актуальним. Таким чином, творчий підхід викладачів кафедри до дистанційного навчання спонукає здобувачів до вивчення предмету, до засвоєння теоретичної складової, розуміння аналізу лабораторних показників та додаткових методів дослідження, можливості розвивати свою думку та уявлення, формулювати синдромологічні діагнози.

ДИСТАНЦІЙНА ОСВІТА У МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ

Звягіна Ганна Олександрівна,

к. філол. н., доцент кафедри культурології та українознавства,

Потоцька Олена Іванівна,

к біол.н, доцент, доцент кафедри гістології, цитології та ембріології,

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Анотація. Статтю присвячено викладанню дисциплін у ВНЗ в дистанційному форматі. Увагу приділено з'ясуванню поняття «дистанційна освіта» та її основним режимам: синхронному і асинхронному, їх перевагам і недолікам. Виділено тьюторинг як особливу форму академічної підтримки та його місце в навчальному процесі. На прикладі Запорізького державного медико-фармацевтичного університету відображено роботу медичного ВНЗ в умовах воєнного стану. Розглянуто змішану форму навчання як більш зручну для викладання дисциплін практичного спрямування у медичному університеті.

Ключові слова: дистанційне навчання, змішана форма, синхронний та асинхронний режими, тьюторинг.

Abstract. The article is devoted to the teaching disciplines at the university in a distance format. Attention is paid to clarifying the concept of "distance education". The modes of distance education are considered. The main advantages and disadvantages of synchronous and asynchronous modes are determined. Tutoring is highlighted as a special form of academic support. Its role in the educational process is determined. The main attention is paid to the work of the medical university during the martial law in Ukraine. The work of Zaporizhzhya State Medical and Pharmaceutical University was chosen as an example. An alternative form of distance learning is proposed - blended learning. It is defined as more convenient for teaching practical disciplines.

Key words: blended learning, distance learning, synchronous and asynchronous modes, tutoring.

Дистанційне навчання - це форма роботи з використанням комп'ютерних і телекомунікаційних технологій, які забезпечують інтерактивну взаємодію викладачів та студентів на різних етапах навчання і самостійну роботу з матеріалами інформаційної мережі [4, с. 1].

Традиційно перевагами дистанційного навчання вважають *гнучкість* (урахування попередньої підготовки та схильності); *актуальність* (використання новітніх педагогічних та методичних розробок); *зручність* (без обмеження місця та часу навчання); *модульність* (розбивка матеріалу на окремі теми або блоки); *економічна ефективність* (відсутність необхідності використання спеціалізованих навчальних приміщень); *можливість одночасного використання матеріалу великою кількістю студентів*; *інтерактивність* (активне спілкування між студентами і викладачем); *збільшення кількості форм контролю* (дискусії, чати, самоконтроль); *відсутність кордонів* (географічні кордони не мають значення) [4, с. 1].

Питанням формування дистанційної освіти та її впровадження в навчальний процес присвячені роботи таких зарубіжних науковців, як Р. Деллінг, Д. Кіган, А. Кларк, Дж. Коумі, М. Мур, Г. Рамбле, М. Сімонсон, М. Томпсон. Використанню мультимедійних технологій у дистанційній освіті присвячені роботи О. Андрєєва, Т. Вахрущевої, В. Осадчого, Є. Полата, О. Скубашевської, А. Хуторського та інших. Монографію, присвячену змішаному навчанню, підготувала група авторів (С. Березенська, К. Бугайчук, В. Кухаренко, Н. Олійник, Т. Олійник, О. Рибалко, Н. Сиротенко, А. Столяревська).

Проте питання використання дистанційної освіти у медичному університеті має багато аспектів для обговорення, тож наше дослідження присвячено особливостям її функціонування у Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті в умовах оголошеного в Україні воєнного стану.

В Україні дистанційна форма освіти запроваджується з 2000 року і регулюється Концепцією розвитку. Вона включає в себе: студента, тьютора, організатора (організаційні питання) та адміністратора (технічне забезпечення).

У медичній освіті використання дистанційного навчання перш за все відбулося у царині післядипломної освіти, де постійно виникає потреба у підвищенні рівня знань, вмій та практичних навичок.

У навчальному процесі всі ВНЗ користуються наказом МОН України № 466 від 25.04.2013 р. «Про затвердження Положення про дистанційне навчання», який передбачає організацію дистанційного навчання в асинхронному та синхронному режимі.

Згідно з цим документом, «синхронний режим – взаємодія між суб'єктами дистанційного навчання, під час якої учасники одночасно перебувають в електронному освітньому середовищі або спілкуються за допомогою засобів аудіо-, відео конференції» [7, с. 1].

Асинхронний режим – «взаємодія між суб'єктами дистанційного навчання, під час якої учасники взаємодіють між собою із затримкою у часі, застосовуючи при цьому інтерактивні освітні платформи, електронну пошту, форуми, соціальні мережі тощо» [7, с. 1].

У системі освіти різних країн карантинні обмеження, пов'язані з COVID-19, сприяли використанню дистанційного навчання як єдиної можливої форми. За цей проміжок часу були опробовано обидва режими й визначені переваги та недоліки кожного.

Синхронний режим максимально наближений до традиційного навчання, оскільки передбачає спілкування між учасниками в режимі реального часу відповідно до розкладу. Таким чином методи та прийоми, використовувані у навчанні, не потребують суттєвих змін, а лише адаптації.

Зручність асинхронного режиму полягає у можливості працювати із затримкою в часі, застосовуючи при цьому ширше коло джерел для спілкування, таких як електронну пошту, месенджери, соціальні мережі тощо.

Кожен з режимів виявив свої особливості, переваги й недоліки. Синхронний режим вимагає виключно фіксованого графіка роботи згідно з розкладом занять та повного забезпечення відповідною технікою як викладача, так і студентів.

Попри очевидні переваги асинхронного режиму, такі як можливість працювати з великою кількістю студентів одночасно; незалежність від фізичного стану здобувача; виховання навичок самодисципліни та самоорганізації; виявилися і численні його недоліки. Серед них відсутність соціалізації та мотивації, що має велике значення для студентів молодших курсів, відсутність практики та вияви академічної недобросовісності [3, с. 153].

На жаль, повторним випробуванням для України став лютий 2022 року, коли на всій території був запроваджений воєнний стан як особливий правовий режим, що надає додаткових повноважень визначеним Конституцією органам влади. У зв'язку із цією подією був визначений статус деяких територій як особливо небезпечних, де, за рішенням органів влади, навчання у 2022-23 навчальному

році проводилось виключно дистанційно. Очевидно, що такий варіант був найбезпечнішим як для викладачів, так і для студентів. Зручним він став і для тих, хто перебував на окупованій території та за кордоном. Особливо, якщо йшлося про значну різницю в часі з Україною.

Викладач у такому навчальному процесі виконує роль наставника, тьютора, оскільки не лише навчає, а й надає певну психологічну підтримку, забезпечуючи стабільність та послідовність навчання та контролю, організуючи таким чином звичне та комфортне для студентів навчальне середовище.

Дослідження, присвячені застосуванню тьюторингу та підготовці тьюторів, виходили за авторства А. Бойка, Н. Дем'яненка, Т. Гущиної, О. Іваніцької, Т. Литвиненка, Н. Меркулова, С. Микитюк, Ю. Лях, К. Осадчої, С. Подпльоти, Т. Швецьта та ін.

Традиційним є визначення тьюторингу як форми академічної підтримки, що передбачає індивідуальні заняття або заняття в невеликих групах з метою надання уваги студентам, які мають певні складнощі у навчанні. Основними характеристиками його є: персональна увага, цільове навчання, спрямоване на конкретну сферу, гнучкість у плануванні розкладу зустрічей і як результат покращення академічної успішності та підвищення впевненості у собі студента [9, с. 1].

Як сучасний освітній тренд тьюторинг широко використовується у навчальних закладах різного рівня. Ефективність його застосування підтверджена статистично. Як допоміжний інструмент в освітній діяльності він може компенсувати певні недоліки дистанційної освіти і допомогти підвищити академічну успішність як окремого студента, так і групи в цілому завдяки концентрації уваги на певних, проблемних моментах.

Більшість тих, хто використовує тьюторинг як освітній принцип наполягають на тому, що тьютор має стати новою спеціалізацією, підготовка до якої має здійснюватись у вищих навчальних закладах педагогічного спрямування, оскільки саме вони (тьютори) мають завдання відмінні від інших посад, присутніх в університеті: консультування, організація та узгодження взаємодії між студентами та іншими учасниками дистанційної освіти, врегулювання поточних проблем, адаптація до різних форм навчання. Таким чином, підготовка спеціалістів-тьюторів вимагає глибоких знань з психології.

Мультимедійні засоби навчання, які забезпечує університет, стають у нагоді для організації навчального процесу. У Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті поступово була опробована така навчальна платформа як TEAMS, яка поступово замінила собою безліч інших, які були обмежено зручними.

Саме вона дала можливість повноцінного проведення синхронних та асинхронних занять з повною візуалізацією, а також використання різноманітних форм поточного та підсумкового контролю.

При цьому найдоступнішою формою контролю для студентів залишається тест. Це також дає можливість залучати до занять на відповідних курсах зразків тестових завдань з КРОКу-1 та КРОКу-2.

Як зазначалося вище, дистанційна форма проведення заняття вимагає високих навичок самоорганізації та самоконтролю від усіх учасників навчального процесу, і якщо це не становить проблеми з боку викладача, то для певної категорії студентів, особливо молодших курсів це стало істотним ускладненням, особливо на фоні попереднього, карантинного, періоду.

Результатом багаторазових обговорень на циклових методичних комісіях та радах стало рішення, яке прийняли більшість навчальних закладів середньої, передвищої та вищої освіти, розташовані на особливо небезпечних територіях, а саме перехід до альтернативної, змішаної, форми навчання, яка дає можливість поєднання як дистанційних, так і традиційних форм навчання.

Традиційно виділяють такі комбінації традиційної та дистанційної форми освіти, які можна використовувати у навчальному процесі:

- *змішування очного та дистанційного навчання*, де навчальні матеріали та завдання розміщують у зазначених місцях і створюють умови для проведення такого навчання («перевернута» модель);
- *змішування структурованого та неструктурованого навчання*, де студент у першому типі забезпечується набором навчальних матеріалів і певною траєкторією, а друге реалізується за допомогою бесід, зустрічей або листування. Інструктори можуть відігравати роль модераторів, забезпечуючи необхідний напрям ефективного спілкування;
- *змішування спеціального контенту та зовнішніх матеріалів*, де спеціально підготовані курси є адаптованими для набуття необхідних знань і вмінь щодо певної галузі, продукту чи процесу.

Але створення великого різноманіття підготованих курсів є складним завданням, тому вже існуючі вирішують цю проблему, але мають загальний характер і можуть використовуватися широкою аудиторією;

- *змішування самостійного й колаборативного навчання*, де самостійне навчання та тренінги проводяться за допомогою технології автоматизації. Спільне навчання водночас сприяє обміну знаннями завдяки взаємодії з викладачами й однокурсниками, підвищує мотивацію та дозволяє ґрунтовно засвоїти навчальний матеріал;

- *змішування роботи та навчання*, де робота стає джерелом змісту навчання, а він стає зрозумілим у контексті необхідності виконувати роботу. Тобто поняття фізичного класу втрачає сенс, робота стає навчанням [5, с.191].

Серед особливостей саме змішаного навчання виділяють зміну ролі викладача і студента у навчальному процесі. Викладач виступає консультантом для студентів при виборі траєкторії навчання та при вивченні матеріалу. Окрім того, він продовжує залишатись активним учасником навчального процесу, одночасно виконуючи обов'язки його організатора.

Іншою характерною ознакою є активна роль викладача як організатора і контролера у самостійній роботі студента. Це допомагає сконцентрувати увагу на кожному студенті, а йому обрати зручний час та місце для такої діяльності, не втрачаючи можливість контакту з викладачем згідно з узгодженим заздалегідь розкладом.

Індивідуальна робота з кожним студентом може бути розпочатою на традиційному офлайн-занятті і продовженою на занятті онлайн завдяки зворотньому зв'язку.

Викладач має можливість організувати офлайн ті форми зустрічей, які заплановані для проведення онлайн, такі як дискусії, семінари, форуми.

Змішане навчання передбачає більшу гнучкість програми навчання, яка полягає у виборі навчальної теми або блоку та також швидкості її засвоєння.

Професійна медична спрямованість вимагає відпрацювання практичних навичок не лише у теорії, а й на практиці, особливо важливим це стає на тих курсах, які передбачають на циклах спілкування з реальними хворими, правильно спрямувати яке допоможуть лише досвідчені викладачі у процесі навчання [5, с. 90].

У своїй діяльності Запорізький державний медико-фармацевтичний університет користується «Рекомендаціями щодо впровадження змішаного навчання у закладах фахової передвищої та вищої освіти», розробленими Міністерством освіти і науки України. Автори цього документу цілком слушно зазначають, що ключовим фактором успіху у впровадження змішаної форми навчання є викладачі, зокрема їх готовність адаптувати подачу матеріалу та методи викладання для впровадження нової форми.

Основними компетентностями, необхідними для повноцінної роботи викладача у змішаному форматі є інтеграція технологій (поєднання аудиторного та онлайн-навчання); використання даних (застосування цифрових інструментів для контролю активності та управління цифровим прогресом); персоналізація (здатність створювати навчальне середовище, комфортне для студентів); онлайн-взаємодія (вміння створювати ефективний процес між студентами та з викладачем). Але, безумовно, в основі усіх компетентностей лежить цифрова грамотність [8, с. 4].

Важливим для організації змішаного навчання є правильне формулювання мети та очікуваних результатів. Саме на цьому слушно наголошують розробники «Положення». Вони «відчутно допомагають студентам орієнтуватися у процесі» [8, с. 5].

Прогнозовані результати мають бути включені до програми, силабусу та відповідних онлайн-курсів, розміщених доступно для студентів. Слушною рекомендацією є звернення до них та пояснення, як ті чи інші запропоновані завдання допомагають їх досягти. Протягом семестру варто візуалізувати прогрес студентів, порівнюючи їх власний підсумок з об'єктивним результатом, таким чином скеровуючи навчальний процес.

Як і в традиційному навчанні ефективним є сумативне оцінювання, яке складається з поточного, розбитого на завдання та іспиту. У 2023/24 навчальному році іспити у Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті проходили у форматі розподілу на тестову та усну складову із залученням білетів із запитаннями або завданнями залежно від дисципліни.

У цілому, для сумативного оцінювання важлива наявність чітких критеріїв, з якими ознайомлені студенти до початку вивчення курсу.

Необхідним під час змішаного навчання є враховувати види діяльності, які відбуваються в аудиторії та онлайн. Це можуть бути як традиційні форми роботи, так і модифіковані.

Досить зручним для планування роботи викладача є збереження розподілу на лекції, практичні заняття та самостійну роботу з дотриманням вимог щодо поєднання аудиторних годин та самостійної роботи онлайн.

Засвоєння дисципліни зручно поділяти на таку структуру: попередня підготовка, подача нової інформації, тренування, практичне завдання, оцінювання та рефлексія [8, с. 6].

Змішана форма навчання не відміняє використання дистанційної форми для тих, хто не має можливості відвідувати університет, допомагає прояснити деякі практичні аспекти дисциплін та набути студентам необхідні навички «живого» спілкування.

Якісно продумане, організоване та впроваджене змішане навчання суттєво покращує освітній процес. Правильний методичний підхід надає студентам елементи контролю за вивченням матеріалу та можливості персоналізувати навчання.

У «Рекомендаціях щодо впровадження змішаного навчання в закладах фахової передвищої та вищої освіти» МОН України введено поняття «персоналізація» як «здатність створювати навчальне середовище, яке дозволяє студентам реалізувати власні цілі, темп та/або спосіб навчання» [8, с. 16].

І. Васильєва вважає, що персоналізація одна із загальноосвітніх тенденцій розвитку освіти, яка орієнтує освітній процес на розвиток і становлення стосунків учасників освітнього процесу, ґрунтованих на повазі прав кожної людини, почуття власної гідності; реалізації власного потенціалу [2, с. 375].

Загалом, можемо констатувати, що дистанційна освіта в усьому світі розвивається стрімко й невинно, напрацювавши свої правила та вимоги для різних вікових та навчальних категорій. Інтегрувавшись до системи ВНЗ України різноманітних профілів, дистанційна освіта збагатила процес викладання різними формами та прийомами. Використання мультимедійних засобів навчання дозволило розширити діапазон можливостей, у тому числі зробити заняття сучаснішими та більш інтерактивними, використовуючи безліч цікавих програм для урізноманітнення занять.

Принцип тьюторингу сформувався у англійських середньовічних університетах як вид наставництва, що супроводжує процес самоосвіти, і посідає у сучасній освіті Оксфорда та Кембріджу одне з центральних місць. Саме він сприяє виконанню таких завдань як формування самостійного мислення та впевненості у собі, оскільки полягає у вмінні тьютора ставити питання та спонукати до пошуку відповіді на них та обговорення результатів.

Польські дослідники поняття «тьюторинг» розглядають його як систему виховання та розвитку потенціалу, підтримки через індивідуальну співпрацю. Цей освітній метод здатний допомогти скоректувати певні недоліки дистанційної освіти в онлайн-форматі, оскільки базується на принципі індивідуальної роботи з викладачем-тьютором [1, с.57].

Персоналізоване навчання ставить студента на місце суб'єкта, який керує своїм навчанням, залучає кожного до процесу вибору навчальної діяльності на основі власного стилю навчання, інтересів, талантів та інших уподобань [1, с. 60]. Специфіка навчання у медичному університеті вимагає швидше змішаної форми навчання для задоволення усіх вимог та вироблення та закріплення практичних навичок.

Змішане навчання не є простою сумою традиційного формату та онлайн і має свою специфіку у підготовці та проведенні занять. Підтверджена ефективність такої форми дозволила надати перевагу медичним університетам саме йому.

Досвід навчання під час війни у першій половині 20 століття залишається актуальним й досі. К. Льюїс у своїй промові 1939 року сформулював основні поради студентам такі як: самоконтроль замість хвилювання, віра замість розчарування і тверезість думки замість страху [6, с. 1].

Навчання під час воєнного стану ускладнюється безліччю факторів, від безпекових до місцеперебування студентів та організації повноцінного процесу викладання. Проте навчальний процес у дистанційному або змішаному форматі має голову умову: не припинятись за будь-яких обставин.

Список використаних джерел

1. Аналіз понять «тьютор» і «тьюторинг» у вітчизняному та зарубіжному освітньо-науковому просторі. / Т. Е. Швець. *Академічні студії*. Серія «Педагогіка». 2022. № 2. С. 56-65.
2. Особливості діяльності викладача вищої школи в умовах персоналізації сучасної освіти / І. Г. Васильєва. *Проблеми інженерно-педагогічної освіти*. 2017. № 54-55. С. 373-379.
3. Дистанційне навчання в медичному ВУЗі – реалії сьогодення / Н. Т. Саган та ін. *Інноваційна педагогіка*. 2021. № 31 (1). С. 153-156.
4. Дистанційна освіта. Вища освіта : інформаційно-аналітичний портал. URL: <http://vnz.org.ua/dystantsijna-osvita/pro> (дата звернення: 23.01.2024).

5. Змішане навчання як інноваційна організація освітнього процесу у закладах вищої освіти України на основі зарубіжного досвіду / Л. Мовчан, Н. Комісаренко. *Актуальні питання гуманітарних наук*. Вип.48. Т.2. 2022. С. 89-194.

6. Люїс К.С. Навчання під час війни. Релігійно-інформаційна служба України : веб-сайт. URL: https://risu.ua/ks-lyuyis-navchannya-pid-chas-vijni_n141651 (дата звернення: 24.01.2024).

7. Положення про дистанційну форму здобуття повної загальної середньої освіти: затверджено наказом МОН від 8 вересня 2020 року №1115. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0703-13#Text> (дата звернення: 22.01.2024).

8. Рекомендації щодо впровадження змішаного навчання у закладах фахової передвищої та вищої освіти. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/2020/zmyshene%20navchanny/zmishanenavchannia-bookletspreads-2.pdf> (дата звернення: 30.01.2024).

9. Що таке тьюторинг? : Навчай для України. URL: <https://teachforukraine.org/project-news/shho-take-tyutoryng/> (дата звернення: 25.01.2024).

ОСОБЛИВОСТІ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЦЬКОЇ ТА ПЕДАГОГІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ АСПРАНТІВ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ

*Князева Альона Олегівна,
аспірант, кафедра акушерства і гінекології,
Кириченко Михайло Михайлович,
асистент кафедри акушерства і гінекології,
Богомолова Оксана Андріївна,
асистент кафедри акушерства і гінекології,
Колокот Наталя Григорівна,
асистент кафедри акушерства і гінекології,
Рослік Ольга Анатоліївна,
асистент кафедри акушерства і гінекології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Вступ. Війна – це специфічна соціальна катастрофа, що впливає на життя всіх верств суспільства і вимагає адаптації до нових умов від кожного. Медичні працівники стають одними з перших цивільних спеціалістів, хто безпосередньо стикається з жахливими наслідками цієї кризи. В контексті такої надзвичайної ситуації, численні соціальні дослідження демонструють, що медичні працівники зазнають не тільки фізичних, але й глибоких психологічних травм. Це відображається як в їх професійній діяльності, так і в особистому житті, підкреслюючи значущість і складність їх ролі у відновленні здоров'я та добробуту в постконфліктний період.

Вивчення досвіду медичних працівників в період воєнних конфліктів на Близькому Сході між 1967 та 1982 роками висвітлює такі проблеми, як нестачу специфічної підготовки та медичних матеріалів, розширення обов'язків за межі офіційних кваліфікацій. Особлива увага приділяється здатності до імпровізації, підтримці міцних командних взаємин та емоційному розвантаженню як ключовим аспектам адаптації до складних умов. Окремо наголошується на критичній потребі в увазі та визнанні зусиль медичних працівників, нестачу якої вони відчували особливо гостро. Це підкреслює необхідність розробки стратегій, які допомагатимуть медичному персоналу ефективно впоратися з екстремальними умовами, включаючи емоційну підтримку та згуртованість команди. Визнання та цінування їх зусиль є критичними аспектами, що сприяють не лише покращенню якості догляду за пацієнтами, але й зміцненню морального духу медичного персоналу в умовах кризи [3, 4].

Критичним фактором, що впливає на стан здоров'я населення України під час воєнного стану, є ситуація у сфері медичного та фармацевтичного забезпечення. Аналіз досвіду 2022 року вказує на неготовність медичної та фармацевтичної галузей до викликів, пов'язаних з пандемією та воєнним станом, що безпосередньо позначилося на доступності ліків для населення та здоров'ї громадян [2].

Враховуючи виклики воєнних криз, ключовим фактором є підготовка викладачів до інтеграції досвіду медпрацівників, які виконували свої обов'язки під час війни, у навчальний процес. Такий підхід не тільки збагачує освіту майбутніх медичних спеціалістів та забезпечує їх ефективнішу підготовку, а й підвищує готовність системи охорони здоров'я до непередбачуваних викликів.

У контексті впливу воєнних подій на медичну та наукову діяльність варто звернути увагу на унікальний досвід Ізета Масича, доцента кафедри медичної освіти, деонтології та медичної

інформатики Сараєвського Університету. Його робота ілюструє, як навіть в умовах війни можливо підтримувати наукову та освітню діяльність. Переживши 1479 днів облоги Сараєво під час війни в Боснії та Герцеговині, між 1992 та 1995 роками, він не лише продовжував академічну та викладацьку діяльність, а й організував проведення десяти наукових конференцій. Незважаючи на важкі умови він не припинив видання журналу «Медичні архіви» і навіть започаткував новий журнал: «Acta Informatica Medica».

Таким чином, умови війни не призвели до зупинки наукових заходів і видавничої діяльності, що було важливим кроком для збереження академічного середовища та поширення інформації про події в Сараєво, а також допомагали зберігати зв'язок Боснії і Герцеговини зі світом [1]. Ці дії підкреслюють непохитність наукового духу та важливість збереження академічного життя та обміну знаннями навіть у найскрутніші часи.

Основна частина. В сучасних умовах війни в Україні, діяльність аспірантів та здобувачів наукового ступеню набуває унікальних особливостей. Вони зосереджені не лише на виконанні наукової-дослідницької роботи, але й впроваджують у науково-педагогічний процес актуальний академічний досвід та досвід медичної роботи, отриманий особисто. Особлива увага повинна приділятися інтеграції медичного та педагогічного досвіду, що включає ряд ключових аспектів.

1. Збір та аналіз даних.

В умовах в воєнного часу аспіранти адаптуються до обмежених ресурсів, модифікуючи методологію дослідження та навчання для оптимального використання доступних матеріалів та інструментів. Стикаючись з обмеженим доступом до клінічних даних, лабораторних досліджень, бібліотечних ресурсів вони розробляють альтернативні підходи до збору й аналізу даних, одночасно забезпечуючи безпеку й етичність своєї роботи в складних умовах.

2. Проблема комунікації.

Перешкоди в міжнародному співробітництві та обміні знаннями впливають на комунікацію та співпрацю серед дослідників, а воєнні дії чинять психологічний тиск на їх ментальне здоров'я, що в комплексі може знижувати продуктивність роботи. Паралельно виникає необхідність у вирішенні складних суспільно-медичних завдань що потребують спільних зусиль фахівців різних областей, що спонукає до активного розвитку міждисциплінарної співпраці.

3. Прикладне застосування результатів дослідження.

Наукові дослідження та практичні рекомендації в умовах воєнного часу набувають особливого значення для вирішення соціальних викликів, впливаючи на суспільство та студентське середовище. Обговорення питань, як наукова робота сприяє вирішенню актуальних проблем, стає ключовим. Важливим аспектом є внесок науково-дослідної діяльності у підтримку та зміцнення системи охорони здоров'я у кризових умовах, демонструючи приклади успішних досліджень, адаптованих до умов війни, та їх вплив на медичну практику.

4. Етичні питання та соціальна відповідальність.

В умовах воєнного часу перед аспірантами постають етичні дилеми у процесі проведення досліджень. Важливо вести дискусії про те, як наукова діяльність відповідає етичним стандартам і як вона сприяє соціальній відповідальності, вносячи свій внесок у мирні зусилля, гуманітарні ініціативи чи вирішення конфліктів.

5. Стійкість і рішучість.

Аспіранти виявляють високу стійкість та рішучість, продовжуючи наукові дослідження навіть у складних умовах, таких як вимушене переміщення з місця проживання, проблеми з безпекою та особисті обставини.

6. Діджиталізація та цифрові інструменти.

Аспіранти активно інтегрують технології дистанційного навчання для підтримки співпраці на відстані серед дослідників, викладачів та студентів. Це включає використання віртуальних платформ для зустрічей, обміну даними та колективного вирішення завдань, демонструючи гнучкість та інноваційний підхід у науковій роботі.

7. Вплив на майбутні дослідження та освіту.

Дослідницька діяльність аспірантів під час війни сприяє визначенню майбутніх напрямів у науці та освіті, враховуючи поточні умови та доступні ресурси. Це дає аспірантам можливість розробити ефективні комунікаційні стратегії для поширення результатів досліджень як в академічних, так і позаакадемічних колах, роблячи свій внесок у розвиток відповідних галузей знань.

Висновки.

Аналіз науково-дослідницької та педагогічної діяльності аспірантів в умовах воєнного часу в Україні наголошує на їх унікальному внеску у розвиток науки та освіти, демонструючи адаптацію до складних умов та подолання викликів. Аспіранти не лише продовжують активно займатися дослідженнями, а й впроваджують новаторські підходи до науково-педагогічного процесу, використовуючи цифрові технології для співробітництва та обміну знаннями. Такий підхід сприяє підтримці академічної діяльності та розширенню меж медичної науки, забезпечуючи важливі наукові відкриття та покращення якості медичної освіти навіть в умовах війни.

Список використаних джерел

1. Masic I. (2011). The scientific conferences organized during war time (1992-1995) in sarajevo. *Materia socio-medica*, 23(4): 238-248.
2. Pashkov V., Soloviov O., & Harkusha A. (2022). LEGAL CHARACTERISTICS OF PHARMACEUTICAL ACTIVITY UNDER THE EMERGENCY CONDITIONS: PANDEMIC AND WAR. *Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland : 1960)*, 75(9 pt 2): 2286-2292.
3. Rahimaghaee F., Hatamopour K., Seylani K., & Delfan V. (2016). Nurses' perceptions of care during wartime: a qualitative study. *International nursing review*, 63(2): 218-225.
4. Segev R. (2023). Learning from critical care nurses' wartime experiences and their long-term impacts. *Nursing in critical care*, 28(2): 253-260.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ДИСТАНЦІЙНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ БІОЛОГІЧНОЇ ХІМІЇ В УМОВАХ ВІЙНИ

Крісанова Наталія Вікторівна,

доцент кафедри біологічної хімії,

Іванченко Дмитро Григорович,

професор кафедри біологічної хімії,

Рудько Наталія Петрівна

старший викладач кафедри біологічної хімії,

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Ось вже майже чотири роки, як у медичній освіті продовжує панувати дистанційна форма навчання. Викладачі кафедри біохімії можуть робити перші узагальнення та висновки про те, що змінилося за ці роки у навчальному процесі? Як змінилися методика викладання, технології проведення лекцій, практичних занять? Як змінилися результати успішності студентів? Чи вплинули запровадження дистанційної форми навчання та війна на соціально-психологічні характеристики студента медичного факультету, на рівень його мотивації у вивченні дисципліни «Біологічна хімія»? Спробуємо відповісти на ці запитання.

Безперечно, запровадження дистанційної форми у навчальний процес змінило тактику та стратегію ведення практичного заняття з біологічної хімії. Насамперед, це стосується проведення лабораторних робіт: тепер формування практичних навичок з дисципліни зводиться до самостійного перегляду студентом відповідного відеофільму та формування навички уміння інтерпретації результатів дослідження тих показників, які мають клініко-діагностичне значення. Вміння вірно оцінювати результат дослідження формується у студента у розмові з викладачем, під час вирішення ситуаційних завдань. Бажано, щоб зміст ситуаційної задачі був якомога ближче прив'язаний до життєвої ситуації, це завжди створює умови для стимуляції інтересу у студента до питання, що вивчається. На жаль, часові рамки практичного заняття не дозволяють викладачеві протягом заняття чітко визначити для кожного студента навчальної групи ступінь участі у такій роботі. А дистанційна форма навчання не дає можливості викладачеві постійно підтримувати зворотний зв'язок із кожним студентом навчальної групи.

Такі форми ведення практичного заняття, як фронтальне опитування або співбесіда, важливі і при дистанційній формі навчального процесу, проте вони виконуються в рамках відеоконференції із залученням інструментів Power Point; Share Point, Stream та іншого програмного забезпечення Microsoft Office. Які проблеми виникають при цьому? Часто буває так, що не всі студенти мають можливість приєднатися до команди навчальної групи. Причини різні: немає інтернету, немає енергозабезпечення, повітряна тривога з наступним обстрілом місцевості знаходження студента чи викладача. Заняття йде у відеозаписі, його можна відсутнім студентам переглянути у зручний час та ознайомитись із пропущеною інформацією. Але чи всі студенти це роблять? Відсутність у студента

постійного прямого контакту з викладачем, відсутність уваги до тієї частини навчальної інформації, яка розуміється на занятті (як правило, викладач розглядає на занятті найважливіші, найважчі для розуміння теоретичні питання), призводять до зниження якості підготовки студента з дисципліни.

Біологічна хімія є одним із предметів, які формують професійне логічне мислення майбутнього лікаря. Вміння аналізувати зміни в обміні речовин організму пацієнта, використовуючи дані щодо дослідження біохімічних показників крові, сечі тощо, формується у студента лише за активної участі у всіх видах роботи на практичному занятті та у самостійній роботі. Для студентів спеціальності «Медицина» розроблено он-лайн курси СРС, які забезпечують викладачам спеціальний моніторинг самостійної роботи кожного студента навчальної групи. На жаль, не всі студенти своєчасно реєструються на таких курсах та регулярно виконують відповідні робочі програми завдання. Надалі це позначається на кінцевих результатах успішності таких студентів.

Слід зазначити, що визвольна війна в Україні проти російських загарбників внесла певні корективи до соціально-психологічних характеристик студентів. На наш погляд, на другому курсі збільшилася кількість працюючих студентів-медиків. Дистанційна форма навчання дозволяє це робити. Особливо це стосується студентів, які вступали на медичний факультет, маючи за плечима середню медичну освіту. Незважаючи на велику зайнятість у практичній медицині, такі студенти дуже відповідально ставляться до підготовки з дисципліни «Біологічна хімія», вони більше мотивовані до вивчення даного предмета, ніж студенти, що ніде не працюють. Викладацький колектив кафедри біохімії ЗДМФУ всіляко намагається допомогти студентам у засвоєнні знань з біохімії: проводимо додаткові консультації, надаємо рекомендації щодо використання наукової та навчальної літератури, відеоматеріалів.

ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЛІКАРЕМ-ВИКЛАДАЧЕМ В УМОВАХ ВІЙНИ, ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ

*Кандидатка Вероніка Костянтинівна,
лікарка-терапевт, аспірантка, викладачка-стажист кафедри внутрішніх хвороб І
Науковий керівник: Лашкул Дмитро Андрійович,
д.мед.н., професор, завідувач кафедри внутрішніх хвороб І,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

У 2020 році закладам освіти було кинуте новий виклик - пандемія COVID 19. Необхідним на той час постало забезпечення належних умов навчання, створення певних сучасних ресурсів для забезпечення студентів якісними освітніми матеріалами [1, с.242-243, 5, с.29-32, 6, с.1-2]. 24.02.2022 – початок війни докорінно змінив нашу дійсність і зумовив необхідність певного реформування освітньої системи. Для створення умов відновлення навчального процесу у закладах вищої освіти було надано листи Міністерства освіти і науки України від 10.03.2022 р. No 1/3417-22 «Про завершення навчального року», про особливості роботи освітян під час дії правового режиму воєнного стану – у листі МОН України від 15.03.2022 р. No 1/3463-22 «Про надання інформації», а особливості завершення навчального року затверджені наказом МОН України від 01.04.2022 р. No 290 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо окремих питань завершення 2021/2022 навчального року» [2, с.1, 3, с.1-8, 4, с.1-4]. Кожен викладач має прагнути до створення належних і необхідних умов для забезпечення оптимального та якісного навчання. Особливо важливим це є в контексті підготовки майбутніх фахівців сфери охорони здоров'я. Декілька років онлайн опанування цілої низки важливих клінічних дисциплін знизило рівень знань та якісної підготовки майбутніх фахівців. Тож для лікарів-викладачів в умовах сьогодення постають нові подвійні виклики щодо забезпечення навчального процесу таким чином аби студенти отримувати як теоретичні, так і практичні навички. Це потребує створення нових інноваційних методик викладання. Багатьом студентам досить непросто зосередитися на отриманні нових знань, поступово знижується здатність до концентрації уваги. Тому досить важливою якістю є здатність підлаштовуватись під різні умови навчання. Студенти мають різноманітні безпекові умови, частина з них перебуває на окупованих територіях, маючи труднощі з доступом до якісного Інтернету. Отже, завданням кафедри внутрішніх хвороб І в умовах військового стану було створення всіх оптимальних умов для належного опанування навчальною програмою. На сторінці кафедри Запорізького державного медико-фармацевтичного університету була викладена вся необхідна база методичних матеріалів та лекцій для підготовки до занять, додаткові матеріали для навчання, актуальний та сучасний відео-контент, база тестових завдань. Щоденно впродовж навчального процесу проводилися, як онлайн-так і офлайн-заняття. Частина студентів із вересня 2023 року мала

змогу виходити до стін лікувальних закладів на бази кафедри. На заняттях розглядалися цікаві клінічні випадки, історії хвороб, останні новітні рекомендації щодо ведення пацієнтів у клініці терапевтичних захворювань. Студенти мали змогу спілкуватися з пацієнтами, за їхнім дозволом, формуючи клінічне мислення. Активно для онлайн-навчання використовуються сервіси компанії Microsoft, зокрема Microsoft Teams, програма для опрацювання віртуального пацієнта Body Interact із різноманітними цікавими клінічними кейсами та наближеним до реальних умов алгоритмом у разі того чи іншого захворювання. Це дозволяє досить ефективно застосовувати додатковий навчальний матеріал для створення мотивації та зацікавленості в студентів, можливість, навіть перебуваючи онлайн, отримувати необхідні клінічні навички з інтерпретації рентгенограм, електрокардіограм, ехокардіограм, спірограм, клінічних та біохімічних аналізів, даних, що отримані під час проведення аускультатії, перкусії та пальпації. Також щомісячно студенти мають змогу відвідувати як онлайн, так і офлайн-засідання студентського наукового гуртка, де майбутні лікарі розбирають цікаві ЕКГ, клінічні випадки, обмінюються знаннями, готують презентації, а також можуть задати всі складні питання. Доступ до онлайн-занять через різні причини, в тому числі, не досить гарний інтернет-зв'язок, ускладнює можливості належної комунікації між викладачем і студентом. Але й для таких студентів була створена можливість перегляду запису занять та опанування всіх необхідних сучасних навчальних матеріалів у командах. Під час навчального процесу викладач не лише передає знання про свій предмет, а ще й моделює студентам певні поведінкові орієнтири щодо спілкування з пацієнтами, вчить навичкам командної роботи.

Тож навіть у складних умовах війни лікарі-викладачі забезпечують проведення занять належним і найякіснішим чином, за допомогою різноманітних інноваційних методик викладання.

Список використаних джерел

1. Застосування технологій електронного навчання як засіб підвищення ефективності навчального процесу / Т. І. Шевченко, С. І. Сорокіна, О. А. Шапошник, Н. П. Приходько // Удосконалення якості підготовки лікарів у сучасних умовах : матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю (м. Полтава, 24 берез. 2016 р.). – Полтава, 2016. – С. 242–243.
2. Про завершення навчального року : лист МОН України від 10.03.2022 р. No 1/3417-22. – Режим доступу : https://osvita.ua/legislation/Vishya_osvita/85933.
3. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо окремих питань завершення 2021/2022 навчального року : наказ МОН України від 01.04.2022 р. No 290. – Режим доступу : <https://mon.gov.ua/ua/npa/pro-zatverdzhennya-metodichnih-rekomendacij-shodo-okremih-pitan-zavershennya-20212022-navchalnogo-roku>.
4. Про надання інформації : лист МОН України від 15.03.22 р. No 1/3463-22. – Режим доступу: <https://mon.gov.ua/ua/npa/pro-nadannya-informaciyi>.
5. Скрипник І. М. Використання дистанційних методів навчання в медичній освіті / І. М. Скрипник, Н. П. Приходько // Проблеми безперервної медичної освіти та науки. – 2020. – No 3 (39). – С. 29–32. DOI 10.31071/promedosvity2020.03.029.
6. Newman N. A. Coalition for medical education-A call to action: a proposition to adapt clinical medical education to meet the needs of students and other healthcare learners during COVID-19 / N. A. Newman, O. M. Lattouf // J. Card. Surg. – 2020. – Vol. 1–2. DOI 10.1111/jocs.14590.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ У ОБДАРОВАНИХ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС НАВЧАННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

*Лукіна Ганна Михайлівна,
викладач кафедри медичної фізики, біофізики та вищої математики
Запорізького державного медико-фармацевтичного університету*

Робота викладачів з обдарованими студентами в сучасній системі інтегрованої освіти є однією з найактуальніших проблем у педагогіці.

Для України в особливо складних умовах війни розбудова системи розвитку обдарованої особистості є необхідною умовою досягнення успіху на шляху розбудови цілої держави. Зараз і сама доля України певною мірою залежить від того, наскільки ефективно будуть використані інтелектуальні, творчі та інші можливості її народу, кожного громадянина [2, с. 92].

Сучасні психологи та педагоги говорять про особливу необхідність формування здібностей до самостійної роботи ще у школярів, наголошуючи на самоосвіті та самодисципліні.

Враховуючи кількарічний досвід переважно онлайн-навчання в Україні, яке триває і досі у деяких регіонах, можна говорити про велику роль створення та підтримання мотивації учнів, і самодисципліна також відіграє не останню роль у таких умовах навчання. Ці риси будуть їм необхідні під час перебування у вищих навчальних закладах.

Опинившись у вищому навчальному закладі, обдаровані студенти можуть швидко втратити інтерес до подальшого навчання через брак достатньої уваги з боку науково-педагогічних працівників та відсутність системи надання додаткових освітніх послуг. Завданням науково-педагогічних працівників, крім виконання наукових досліджень, є ще й формування у студентів соціальних і духовних мотивів, тобто виховання у них стійкого переконання у необхідності отримання якісної вищої освіти для того, щоб бути корисними суспільству та реалізувати свої здібності. Такі мотиви обумовлюють успішність засвоєння знань та ступінь усвідомлення всього процесу навчання, тому проблема формування навчально-пізнавальної мотивації обдарованих студентів під час навчання у вищому навчальному закладі залишається актуальною [1, с. 54].

Крім організаційних проблем, під час розробки стратегії прискореного навчання обдарованих студентів у діяльності ВНЗ України актуальною стає проблема формування продуктивних умінь. Вирішення цієї проблеми створює необхідні умови для самостійного навчання обдарованих студентів протягом усього терміну перебування у навчальному закладі. Існує потреба на початку вивчення курсу будь-якої дисципліни обов'язково проводити заняття-консультацію з метою підвищення ефективності самостійної роботи студентів. При цьому наголос робиться на специфіці дисципліни, засобах пошуку інформації в конкретній області, методах роботи з джерелами інформації тощо.

Форми підсумкового контролю якості знань обдарованих студентів теж потребують певної модифікації. Питання тестових завдань з кожної навчальної дисципліни повинні охоплювати, крім матеріалу робочої навчальної програми, питання, які студенти могли засвоїти лише за умов самостійної роботи з літературними джерелами та постійного відслідковування стану справ у галузі знань відповідної дисципліни [3, с. 154-155].

Список використаних джерел

1. Інноваційні технології навчання обдарованої молоді. Матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції 7–8 грудня 2016 року м. Київ.
2. Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах: зб. наук. пр. / Класич. приват. ун-т. Запоріжжя : КПУ, Вип. №13 (66). 2011. с. 90-95.
3. Прокопів Л.М. Навчально-виховна робота з обдарованою молоддю у вищих педагогічних закладах України (друга половина XX століття): монографія. Івано-Франківськ: Плай, 2005. 256 с.

АВТОРСЬКИЙ ДОСВІД У МОВНИХ ЗАСОБАХ ПІДТРИМКИ НАЦІОНАЛЬНОЇ САМОДЕНТИЧНОСТІ Й ГОРДОСТІ СТУДЕНТІВ

*Ляшенко Лариса Миколаївна
Київський національний університет імені Тараса Шевченка*

Порівняно безболісне і мирне отримання омріяної незалежності Вітчизни в 1991 році разом з майже повною позитивною одностайністю в момент проведення грудневого референдуму сформували у більшості населення позитивне бачення майбутнього, адже високий рівень грамотності разом з безперечними досягненнями в аграрному та індустріальному секторах економіки сформували сподівання на швидке підвищення якості життя й вихід на європейські стандарти добробуту. Та тогочасні лідери України стали піклуватися переважно про власний добробут, а не про прогрес економіки і суспільства. В цьому їх активно підтримували московіти, фінансуючи збереження впливу російської мови в освіті й інформаційній сфері та гальмуючи ефективне поліпшення викладання англійської мови для перетворення «інтеграції з Європою» з мрії на конкретний процес.

Виконуючи програму викладання англійської мови на природничих факультетах Київського національного університету імені Тараса Шевченка, ми на собі відчули всі недоліки подібного антистратегічного управління економікою та освітою, а тому намагалися надати студентам докази того, що «великою і давньою» є не унікальний московітський суржик віком менше тисячоліття, а рідна мова, вивчення якої європейськими лінгвістами вже в XIX столітті надало докази того, що і родина індоєвропейських мов, і однойменна культура мають витоком лісостепи України ([1] та ін.). Так ми намагалися формувати світогляд і систему життєвих цінностей на основі успадкованого від

пращурів пратрипільського гуманістичного архетипу, а не на гірших основах — радянському кодексі «будівельників комунізму» чи на непридатних для українців засадах «вільного ринку» і безмежної жадібності.

Для досягнення подібної складної філософської мети ми використали тривалу співпрацю з проф. К. Корсаком і перебування у складі організованого ним автономного об'єднання українських освітян з назвою «Київський клуб АНТИКОЛАПС». Наші філологічні знання виявилися корисними в багатьох публікаціях Клубу, хороше уявлення про які надасть читачам тексту тез ознайомлення зі статтею [2].

У цій точці викладу нам слід розпочати рух до проголошеної у назві тез мети і вказати найцінніші досягнення сучасних наук. У центрі уваги буде відповідь на студентське запитання: «Яким є правдиве походження українців та їх мови?» Для цього спершу наведемо рис. 1 з розрекламованої світовою пресою статті у відомому журналі «Science» [3], міжнародний авторський колектив якої з понад 80 осіб мав лідерами дуже відомих науковців — Heggarty P. і Gray R.D.



Рис. 1. Мовна сім'я почала розходитися приблизно 8 100 років тому з території, що розташована на південь від Кавказу

Підпис до рисунка вказує на те, що «колискою» формування первинної (спільної) для всієї індоєвропейської родини мови було вказане коричневою плямою Вірменське нагір'я, високо підняте над рівнем морів та океанів. Згаданий науковий колектив проаналізував семантичні показники аж 161 з групи індоєвропейських мов, з яких 52 були найбільш старими. Цей мовний порівняльний аналіз мав на меті виявити моменти поділу первинної мови на численні гілки і гілочки з відтворенням головних показників всієї родини.

Автори статті виходили з відомого факту, що за два століття розвитку компаративістики науковці запропонували понад 70 локацій для «мовної колиски», що на зламі тисячоліть «головною колискою» вважали Анатолію, а вже через 20 років більшість науковців почали стверджувати, що вона перебувала в лісостепах Східної Європи, де одомашнили коня і наспоруджували безліч великих і малих курганів (тому цю модель зазвичай називають «курганною»).

Кінцевим результатом компаративно-лінгвістичного аналізу стали у статті [3] схеми і діаграми, серед яких найбільш інформативним ми вважаємо рис. 1. На ньому відтворена «гібридна (фактично — двоколискова)» модель походження індоєвропейської мовної родини, а журналісти зі світових ЗМІ радо проголосили цей варіант прадавньої мовної історії настільки досконалим, що він стирає «всі загадки і непорозуміння» й правильно пояснює мовні поділи та переміщення народів.

Але ми не можемо погодитися з настільки високою оцінкою і вважаємо рис. 1 та відтворені на ньому дані усього лише «першим наближенням» для руху до правдивої мовної Prehistory, а не відповіддю на всі запитання.

Насамперед пригадаємо, що децицію років у минулому у процесі співпраці з проф. К. Корсаком ми взяли участь у розвитку його ідеї про трансформацію усім вже достатньо відомої Трипільської культури на теренах Правобережжя Дніпра у величезну економічну зону між

Карпатами і Північним Казахстаном, яка надовго стала світовим лідером у технологіях і суспільному управлінні. К. Корсак назвав цю зону поділу праці «Велике Трипілля — ВТ» і першим навів багато доказів того, що в інтервалі 5500 - 3500 років тому виробничі центри ВТ відвідували купці/розвідники з просторів між Атлантикою і пустелями Західного Китаю, що мало наслідком поширення головних виробничих термінів (мовою інформатики — тегів) на землі дружніх і ворожих племен з кінцевим формуванням індоєвропейської мовної родини. Ми поєднали цю ідею з нашими філологічними знаннями, що дало змогу спільно пояснити успіх в грандіозній експансії праукраїнської «степової» мови на основі «хмарнотегового механізму її поширення» ([4] та ін.). Ця стаття пройшла рецензування в Національній академії наук України й опублікована в її журналі «Світогляд», отримавши підтримку «хмарнотегового поширення» разом з «гібридною моделлю».

Дуже коротко вкажемо головні позиції «нашої моделі»: 1) носії українських генів разом з пращурами курдів, вірмен і західноєвропейців винайшли рільництво і скотарство разом з відповідним «анатолійським» лексиконом; 2) частина винахідників «пішла в Європу», а курди і вірмени обрали скотарство і піднялися на гірські луки; 3) утворення двох відомих проток зумовило появу Чорного й Азовського морів, що витіснило пращурів аж у чорноземні лісостепи, де вони генетично злилися з мисливцями-аріями, сформувавши те населення, яке пізніше утрималося на чорноземах й дало основний масив хліборобів України; 4) землероби прийшли з високими для тих часів технологіями, а приєднання аріїв швидко зробило молодий народ лідером світу через велику низку відкриттів. Це одомашнення коня, винахід коліс, гужовий транспорт, гірнична справа, плавлення руд у побутових умовах і багато чого іншого. Цікавість інших народів до цих досягнень, а не криваві походи з ВТ до узбереж океанів, мирно й цілком успішно забезпечили появу рис спільності в усіх індоєвропейських мовах.

Щойно вказані пункти 1) - 4) є незаперечними фактами, тому безліч характеристик рис. 1 є помилковими, на що ми вказуємо студентам і радимо в своїх аналізах минулого чи просто надскладних систем керуватися відомим методом світ-системного аналізу й використовувати знання з десятків старих і молодих наук. Творці рис. 1 спиралися на вузько-дисциплінарний мовний аналіз, цілковито ігноруючи всі виробничі процеси, зміни клімату та ін. Вони, схоже, правильно виконали складні лінгвістичні аналізи, але при створенні рис. 1 проігнорували винайдення всіх важливих технологій разом зі зміною кліматичних умов. До того ж, «західні» науковці ототожнюють слова «степовики» і «дикуни» й досі мовчать про трипільські «прото-міста».

Як висновок вкажемо на позитивне сприйняття студентами того факту, що не ми щось запозичували у французів, а вони та інші представники народів Заходу навчалися високим технологіям і європейській культурі у Великому Трипіллі. Це зміцнює їх національну гордість і психічну стійкість.

Список використаних джерел

1. Diamond, J.M. (1997). *Guns, Germs, and Steel: The Fates of Human Societies*, W.W. Norton & Co.
2. Korsak, K.V., Kiryk, T.V., Korsak, Y.K., Lyashenko, L.M. Pokhresnyk, A.K., Talanchuk, P.M., Davydenko, G.V. [...] Chornyi O.O. (2023). Achievements of Anticolaps Kyiv Club as the Ukrainian Follower of the Club of Rome / Publisher.agency: Proceedings of the 2nd International Scientific Conference «Modern Scientific Method» (February 23-24, 2023). Vienna, Austria., pp. 14-26. (DOI 10.5281/zenodo.7679346). (URI: <https://ojs.publisher.agency/index.php/MSM/issue/view/19/59>) (in Ukrainian)
3. Heggarty P., Anderson C., Scarborough M., King B., Bouckaert R., Jocz L., Kummel M.J., Jugel T., Irslinger B. [...] Gray R.D. (2023) Language trees with sampled ancestors support a hybrid model for the origin of indo-european languages *SCIENCE* • 28 Jul 2023 • Vol 381, Issue 6656 (URI: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.abg0818>) 15-08-2023
4. Korsak K.V., Lyashenko L.M. (2017). The latest explanation of the origin and success of the Indo-European language family / *Svitoglyad — Outlook. Issue №5, pp. 21-27* (URI: <chrome-extension://efaidnbmninnibpcapjpcglclefindmkaj/https://www.mao.kiev.ua/biblio/jscans/svitogliad/svit-2017-12-5/svitoglyad-2017-5-05-korsak.pdf>) (in Ukrainian)

ВІЗУАЛІЗАЦІЯ ПРИ САМОСТІЙНІЙ РОБОТІ КУРСАНТІВ З ПИТАНЬ ФАРМАКОГНОЗІЇ ПРИ ON-LINE НАВЧАННІ В УМОВАХ ВІЙНИ

*Мазулін Олександр Владленович
доктор фармацевтичних наук, професор,
професор кафедри клінічної фармації, фармакотерапії,
фармакогнозії та фармацевтичної хімії,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Інформаційні технології відносно недавно увійшли в наше життя, поступово займаючи все нові і нові ніші. Їх потужний розвиток ставить перед системою післядипломної освіти нові вимоги. Безперервна фармацевтична освіта є обов'язковим елементом для фахівців фармацевтичної галузі. Згідно постанови КМУ № 302 від 8.03.2018 р. «Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я» фахівці повинні підвищувати свій професійний рівень постійно, в тому числі із застосуванням різних способів дистанційної освіти. Впровадження нових технологій, забезпечення сучасними технічними засобами не лише вимагає нових підходів до планування навчального процесу, а й дозволяє вирішити ряд проблем сприйняття теоретичного матеріалу. Останнім часом в області передачі візуальної інформації відбулися колосальні зміни: зріс обсяг та різноманіття; з'явилися нові види візуальної інформації, а так само способи її передачі [1, с.4]. Візуалізація – це процес представлення даних у формі зображень або фотознімків з метою максимальної зручності їх розуміння; надання осяжної форми будь-якому об'єкту, суб'єкту або процесу тощо. При цьому можливе досягнення мінімального речового навантаження викладача під час семінарів та практичних занять з курсантами за рахунок підвищення їх активності при засвоєнні передчасно візуально опрацьованого дидактичного матеріалу. Під активними засобами візуалізації слід вважати не просто ілюстративний матеріал, а варіант передачі візуальної інформації, яка надає необхідну допомогу курсанту і дозволяє йому здійснювати управління подальшою інформацією. Поняттєве й візуальне мислення на практиці знаходяться в постійній взаємодії. Вони розкривають різні сторони досліджуваного поняття, процесу або явища. Речове - логічне мислення дає більш точне й узагальнене відображення дійсності, але це відображення абстрактно. У свою чергу, візуальне мислення створює образи, робить їх цілісними, узагальненими, повними. Візуалізація в процесі дистанційного навчання курсанта має велике значення для підвищення ефективності його самостійної роботи та розвитку навичок до самоосвіти [2, с.35]. При візуалізації навчального матеріалу слід враховувати, що наочні образи скорочують ланцюг словесних міркувань і можуть синтезувати схематичний образ більшої «ємності», ущільнюючи тим самим інформацію. Іншим важливим аспектом використання візуальних навчальних матеріалів є визначення оптимального співвідношення наочних образів і словесної, символічної інформації. Словесно-логічне мислення дає більш точне й узагальнене відображення дійсності, але це відображення абстрактно. У свою чергу, візуальне мислення допомагає організувати образи, робить їх цілісними, узагальненими, повними. Візуалізація навчальної інформації дозволяє вирішити цілий ряд педагогічних завдань: забезпечення інтенсифікації навчання; активізації навчальної та пізнавальної діяльності; формування і розвиток критичного і візуального мислення; зорового сприйняття; образного представлення знань і навчальних дій; передачі знань та розпізнавання образів; підвищення візуальної грамотності та візуальної культури тощо. На наш час існує доволі широкий спектр форм візуалізації навчального матеріалу насамперед: комп'ютерні презентації; флеш анімації; відео / аудіо матеріали; зображення; діаграми; схеми; графіки; інтелект-карти тощо [3, с.90]. За даними ВОЗ на ринках провідних країн світу до 35% препаратів має природне походження з тенденцією до постійного зростання. Лікарські рослини за терапевтичними властивостями займають одне з провідних місць, нараховуючи у світі понад 240 тис. видів. За даними ВОЗ в медицині 73 країн застосовують біля 10 тис. рослин, з котрих в Україні зростає і використовується до 2,5 тис. видів. Тільки в сучасні офіційні видання Фармакопей різних країн входять близько 1884 видів рослин. Половина з них дозволена до використання більш ніж в одній країні, 143 входять до фармакопей 10 країн, 235 видів офіційні в 5 та більше країнах світу [4, с.17; 7, с.92]. Тому у системі сучасної післядипломної освіти підвищення кваліфікації фармацевтів необхідно спрямувати зусилля викладача на підготовку майбутніх фахівців фармацевтичної галузі з актуальних питань засвоєння особливостей стандартизації ЛРС, лікарських засобів на її основі та їх обґрунтованому та раціональному призначенні. При цьому доцільно та обґрунтовано застосування сучасних аудіовізуальних технологій на всіх етапах навчання. Вони дозволяють викладачам у відносно короткий термін реалізувати різноманітні форми робіт з аудиторією: проводити високо інформаційні лекції, семінарські та практичні заняття, організовувати тестування та віртуальні досліди. Візуалізація процесу навчання надає нові можливості при

викладанні необхідного учбового матеріалу з предмету фармакогнозії. Величезний обсяг інформації потребує постійного розвитку та вдосконалення самостійної дистанційної освіти курсантів для засвоєння необхідних нових знань з їх майбутньої професійної діяльності. Сучасна фармакогнозія розвивається як спеціалізована прикладна наука, яка всебічне досліджує біологічні, біохімічні й лікарські властивості рослин, природної сировини та продуктів з неї. Лікарі всіх спеціальностей широко користуються багатьма рослинами або ж фітопрепаратами, виготовленими на їх основі. Але при цьому слід зазначити, що близько 1000 рослин слід віднести до надзвичайно отруйних (джерела алкалоїдів, кардіотонічних глікозидів, ціаністе водневої кислоти), які можуть привести до летальних випадків при їх застосуванні. Одні й ті ж рослини дуже часто можуть мати декілька назв, іноді під ними розуміють два (іноді й більше) різних видів, що дуже часто викликає помилки в призначенні, насамперед у народній медицині. Для запобігання ускладнень в ідентифікації рослин та призначенні рослинних лікарських засобів та фітопрепаратів, необхідно в процесі підвищення кваліфікації фармацевтів широко використовувати сучасні інформаційні технології з постійним удосконаленням банку даних при розробці дистанційного курсу [5,с.133]. Алгоритм викладання питань дисципліни курсантами доцільно проводити за наступним ланцюгом: лікарська рослина (зовнішній від, латинська назва); стандартизація ЛРС (товарознавчі ознаки, мікроскопія, присутність та накопичення діючих речовин); методи їх визначення; основні лікарські засоби; фармакологічна дія; застереження до застосування [6,с.16-17]. Сучасний фахівець в галузі фармації повинен швидко і гнучко адаптуватися до постійно мінливих умов, критично і творчо мислити, проявляти толерантність до нового матеріалу, працювати над розвитком інтелектуального та культурного рівня з метою творчої реалізації себе в професійній діяльності. На першому занятті виділяється час для реєстрації та ознайомлення з інтерфейсом курсу, принципами роботи та рекомендаціями з виконання. Контент курсів поділяється на розділи і компоненти, які побудовані на основі щотижневого планування. Інформаційний матеріал представлений текстами, ілюстраціями, схемами та графіками, відеоматеріалами, доступними для ознайомлення. Контроль за засвоєнням проводиться за допомогою тестів з проміжною оцінкою за кожне виконане завдання. Використовування у процесі навчання сучасних технологій візуалізації надає корисні навички у подальшій роботі.

Таким чином, наш досвід навчання курсантів з питань фармакогнозії з застосуванням візуалізації дозволяє розробити методологічний підхід для впровадження навчально-методичних комплексів у процес їх самостійної роботи. Це постійно сприяє подальшому формуванню навичок активного самостійного засвоєння матеріалу, підвищує інтерес до предмету. Основними напрямками візуалізації інформатизації в сучасній фармакогнозії при підвищенні кваліфікації фармацевтів слід вважати: визначення загальних та відмінних морфолого-анатомічних діагностичних ознак лікарських рослин та ЛРС; визначення присутності та накопичення БАР; встановлення термінів заготівлі за накопиченням діючих речовин; розробка та вдосконалення фітопрепаратів та лікарських засобів природного походження; доцільне та обґрунтоване застосування лікарських засобів природного походження для профілактики та лікування захворювань; визначення показань та застережень до призначення; пошук замінників ЛРС та фітопрепаратів у разі проявів небажаної побічної дії.

Список використаних джерел

1. Адамова І., Головачук Т. Дистанційне навчання: сучасний погляд на переваги та проблеми // *Витоки педагогічної майстерності* – 2012. - № 10. – С. 3-6.
2. Бондар Ю. І. Сучасні технології навчання. // *Одеський мед. журнал.* – 2010. № 4. – С.33-37.
3. Пахолко С. А. Стан впровадження дистанційної освіти в Україні // *Вісн. Черкас. ун-ту. Сер. Педагогічні науки.* – Черкаси, 2009. – Вип. 155. – С. 89-95.
4. Сучасна фітотерапія : навч. посіб. / С. В. Гарна, І. М. Владимірова, Н. Б. Бурд та ін. – Харків : «Друкарня Мадрид», 2016. – 443 с.
5. Технологія створення дистанційного курсу: навч. посіб. /В. Ю. Биков, В. М. Кухаренко, Н. Г. Сиротенко та інш. – К.: Міленіум, 2008. – 324 с.
6. Фармакогнозія: базовий підруч. для студ. вищ. фар мац. навч. закл. (фармац. ф-тів) IV рівня акредитації /В. С. Кисличенко, І. О. Журавель, С. М. Марчишин та ін.; за ред. В. С. Кисличенко. – Харків: НФаУ: Золоті сторінки, 2015. – 736 с.
7. Фармакогностичне ресурсознавство з основами інтродукції рослин. /Мазулін О.В., Коновалова О. Ю., Смойловська Г. П. та ін. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2017. – 208 с.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВНУТРІШНЬОЇ СИСТЕМИ ЯКОСТІ ОСВІТИ В ЗАПОРІЗЬКОМУ ДЕРЖАНОМУ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

*Моргунцова Світлана Андріївна,
проректор з науково-педагогічної, навчальної роботи та якості освіти,
кандидат біологічних наук, доцент;
Школова Олена Петрівна,
керівник навчального відділу,
Дмитрієв Вадим Сергійович,
керівник Центру дистанційної освіти і телемедицини та якості освіти,
кандидат технічних наук;
Ганошенко Юрій Анатолійович,
керівник навчально-методичного відділу,
кандидат філологічних наук, доцент
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

В умовах реформування вищої освіти одним із важливих факторів забезпечення підготовки фахівців в галузі «Охорони здоров'я» є формування внутрішньої системи якості освіти відповідно до Європейської системи забезпечення якості освіти, що базується на Європейських стандартах і рекомендаціях (ESG).

Нормативно-правовому регулюванню внутрішньої системи якості освіти у ЗДМФУ приділяється належна увага, зокрема розроблено й оновлюються нормативні документи ЗДМФУ. Цілісна система якості освіти університету, що формують нормативно-правове забезпечення внутрішньої системи якості освіти, ґрунтуються на Постанові КМУ «Про затвердження Ліцензійних умов провадження освітньої діяльності», базових Законах України «Про освіту», «Про вищу освіту», а також «Положенні про акредитацію освітніх програм, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти».

В основу нормативно-правового забезпечення внутрішньої системи якості освіти покладено «Положення про організацію освітнього процесу у Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті».

Деталізує та регулює успішне функціонування внутрішньої системи якості освіти «Положення про систему внутрішнього забезпечення якості вищої освіти у Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті». Зокрема, в даному Положенні регулюються питання перегляду освітніх програм, оцінювання академічної успішності здобувачів вищої освіти, забезпечення якості науково-педагогічного складу, забезпечення наявності необхідних ресурсів для організації освітнього процесу, забезпечення наявності інформаційних систем для ефективного управління освітнім процесом, забезпечення публічності інформації, забезпечення ефективної системи запобігання та виявлення академічного плагіату.

«Положення про моніторинг якості вищої освіти у Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті» визначає види та складові моніторингу, а також організацію, управління та методичний супровід проведення моніторингу.

«Положення про сектор моніторингу якості освіти у Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті» регулює функції та завдання сектору моніторингу щодо впровадження – виконання принципів і стандартів якості вищої медичної освіти в галузі підготовки висококваліфікованих медичних фахівців.

Важливими складовими системи забезпечення якості освіти є отримання інформації від учасників освітнього процесу та стейкхолдерів щодо якості надання освітніх послуг. Регулювання цього питання забезпечено «Положенням про організацію опитувань щодо якості освітніх послуг у Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті».

«Положення про освітні програми» визначає систему розробки, затвердження, реалізації, моніторингу та перегляду освітніх програм у ЗДМФУ за всіма освітніми рівнями у ЗДМФУ.

«Положення про підвищення кваліфікації педагогічних та науково-педагогічних працівників у Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті» визначає організацію підвищення кваліфікації педагогічних та науково-педагогічних працівників, види та зміст навчання педагогічних та науково-педагогічних працівників, обсяг та періодичність підвищення кваліфікації педагогічних та науково-педагогічних працівників, а також окремі види діяльності педагогічних та науково-педагогічних працівників, які можуть бути визнані як підвищення кваліфікації.

Таким чином, у Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті сформовано належну нормативну базу, що регулює забезпечення внутрішньої системи якості освіти відповідно до вимог чинного законодавства України та базується на «Стандартах і рекомендаціях щодо забезпечення якості в Європейському просторі вищої освіти» Європейської асоціації із забезпечення якості вищої освіти.

ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА» В УМОВАХ ЗМІШАНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ

*Назаренко Олена Валеріївна,
кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри внутрішніх хвороб 1,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Вступ. Війна в Україні стала справжнім випробуванням для медичної освіти. Впроваджений в період пандемії COVID 19 дистанційний формат навчання безумовно має такі переваги, як економія часу, відсутність проблеми аудиторного фонду, висока гнучкість та мобільність навчання, кращі можливості для співпраці. Головним викликом у підготовці майбутніх лікарів під час онлайн-навчання є створення системи практичної підготовки студентів, що забезпечує успішне оволодіння практичними навичками та фаховими компетентностями. Ця проблема на клінічних кафедрах Запорізького державного медико-фармацевтичного університету (ЗДМФУ) вирішується за рахунок проведення занять в тренінговому симуляційному центрі [2].

Основна частина. Під час вивчення дисципліни «Внутрішня медицина» студенти мають оволодіти такими фаховими компетентностями, як обстеження пацієнта, діагностики та лікування найбільш поширених терапевтичних захворювань. Відомо, що використання змішаного варіанту навчання, який поєднує роботу студентів в аудиторії з викладачем та самостійну роботу в дистанційному форматі, сприяє розвитку проблемного мислення у студентів та підвищує їх здатність вирішувати складні клінічні ситуації [1]. В умовах війни МОЗ рекомендувало закладам вищої медичної освіти гібридне навчання з максимізацією офлайн-навчання та переходом на онлайн-формат у надзвичайних ситуаціях. На кафедрі внутрішніх хвороб 1 ЗДМФУ застосовується формат змішаного навчання з повною візуалізацією у синхронному режимі, реалізований на базі платформи MS Teams. Однак лише частина студентів має можливість перебувати в навчальній аудиторії та навчатися очно, а більша частина здобувачів формують підгрупу онлайн. Відпрацювання практичних навичок проводиться з використанням інтерактивних методів - робота в малих групах з елементами ділової гри, кейс- метод, дискусія. Студенти, які поспілкувалися з пацієнтами очно виступають в ролі «Стандартизованого пацієнта» для свої колег, що навчаються в онлайн-форматі. Потім проводиться дебрифінг, під час якого студенти отримують зворотний зв'язок від викладача та інших студентів, що дозволяє зрозуміти які кроки були вірними, а які навички потребують удосконалення. Викладач виступає в ролі координатора дискусії, що сприяє формуванню у студентів навичок публічних виступів та аналізу даних.

Висновок. Формат змішаного навчання сприяє розвитку у студентів-медиків лідерських якостей та навичок командної роботи, стимулює взаємодію та обмін досвідом між студентами. Цей підхід допоможе подолати втрату навичок реального спілкування з пацієнтами і забезпечить їх підготовку до клінічної практики.

Список використаних джерел

1. Наливайко, Н., Наливайко О. Змішане навчання в медичних закладах вищої освіти. Освітологічний дискурс, 32 (1). - 2021. – С. 101–111. URL: <https://doi.org/10.28925/2312-5829.2021.1.7>
2. Технологія переходу до змішаної форми навчання у ЗДМУ/ Ю.М. Колесник, М.О. Авраменко, С.А. Моргунцова, О.А. Рижов, Н. А. Іванькова // Актуальні питання вищої медичної (фармацевтичної) освіти: виклики сьогодення та перспективи їх вирішення»: матеріали XVIII Всеукраїнської науковопрактичної конференції з міжнародною участю в онлайн-режимі за допомогою системи Microsoft Teams (Тернопіль, 20-21 травня 2021 р.). Тернопіль, ТНМУ, «Укрмедкнига». – 2021. – с. 246-257.

ДИСТАНЦІЙНА ОСВІТА СТУДЕНТІВ-ІНОЗЕМЦІВ НА КАФЕДРІ ПЕДІАТРІЇ В УКРАЇНІ ПІД ЧАС ВІЙНИ

*Недельська Світлана Миколаївна,
завідувачка кафедри факультетської педіатрії, професор,
Ярцева Дар'я Олександрівна,
доцент закладу вищої освіти, кафедра факультетської педіатрії,
Лямцева Олена Валентинівна,
асистент кафедри факультетської педіатрії,
Федосєєва Олена Страниславівна,
асистент кафедри факультетської педіатрії,
Мазур Вікторія Іванівна
доцент закладу вищої освіти,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Вступ. Війна в Україні є черговим викликом для збереження процесу отримання знань студентами вищих навчальних закладів. А для освіти майбутніх лікарів в цьому є особлива перепона, оскільки набуття практичних навичок на клінічній кафедрі є невід'ємною складовою якісної підготовки лікаря [1]. Якщо для вітчизняних студентів, які у нашому прифронтовому місті тільки почали виходити на змішаний формат навчання, хоча б частково доступне відвідування і потужного тренінгового центру, який є в Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті, і відвідування практичних занять в лікарнях з демонстрацією реальних пацієнтів, то студентам-іноземцям, якщо вони не знаходяться у Запоріжжі, на жаль, такі варіанти навчання не доступні. Тому здобуття студентами-іноземцями практичних навичок є однією з проблем, яку ми намагаємось вирішити максимально ефективно [2].

Основна частина. Досить ефективною альтернативою є тренінгова цифрова платформа BodyInteract, яка являє собою програму роботи з віртуальними пацієнтами. В нашому університеті доступні кейси пацієнтів з різними нозологічними формами, як дорослого віку, так і дітей. Наші студенти-іноземці мають можливість з будь-якого кутка світу, де є інтернет-з'єднання, використовувати цю платформу для набуття практичних навичок.

На нашій кафедрі організоване навчання таким чином, що одночасно за одним і тим самим сценарієм можуть займатись всі студенти групи, що вирівнює умови набуття знань. Викладач може паралельно зі студентами проходити тренінг, коментуючи незрозумілі кроки в будь-якій частині діагностично-лікувального віртуального процесу (запитання щодо анамнезу, призначення аналізів та ліків) в умовах обмеженого часу. Іноді обмеженням цього є технічні проблеми, пов'язані з мережею Інтернет, але в такому випадку коментування запитів студентів можливе в асинхронному режимі.

Нами було проведено анкетування студентів-іноземців бго курсу, які проходили навчання на нашій кафедрі, щодо рівня їх задоволеності роботою з віртуальним пацієнтом. Виявилось, що 75% студентів вважають комфортною для себе цю платформу, оскільки вона дає можливість детально пройти всі етапи діагностики та лікування стільки разів, скільки буде необхідно, не залучуючи в процес реальних пацієнтів. В такому середовищі студенти почуваються спокійніше, виключений фактор хвилювання. Але набуття навичок перкусії, аускультативу і інших етапів роботи з реальними хворими, звісно, в умовах дистанційного навчання, неможливе.

Висновки: робота з віртуальною платформою BodyInteract є важливим компонентом дистанційного навчання студентів-медиків в умовах неможливості офлайн-освіти і дозволяє якісно пропрацювати алгоритми надання невідкладної допомоги, діагностики, призначення лабораторних показників та їх інтерпретацію. Ми рекомендуємо впровадження щоденних тренінгів студентів за допомогою цієї навчальної програми.

Список використаних джерел

1. Димар Н.М., Сойка Л.Д., Шевчук А.М. Формування професійних компетентностей фахівців медичних спеціальностей в умовах дистанційного навчання. / Інноваційна педагогіка. – 2021. – Випуск 39. – С. 139-142
2. Завізіон В.Ф., Бондаренко І.М., Аверін Д.І. та співавт. Дистанційне навчання: можливості та проблеми в умовах карантину / Медичні перспективи. - 2020. - Т. 25, № 2. - С. 4-12

ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ ЯК ПЕДАГОГІЧНИЙ ІНСТРУМЕНТ У ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ

*Олексієнко Алла Валеріївна
кандидат філологічних наук, доцент,
доцент кафедри іноземних мов ЗДМФУ*

Штучний інтелект (ШІ) докорінно змінює ландшафт освіти, пропонуючи новаторські інструменти та підходи для викладачів у різних сферах, включаючи вищу медичну освіту. У сучасну еру цифрового прогресу все більше університетів використовують ШІ, щоб збагатити освітню подорож для своїх студентів. Область, де штучний інтелект значно змінив навчання, це дистанційна освіта, зокрема через онлайн-класи.

Інтеграція інструментів штучного інтелекту в планування практичних занять дає змогу викладачам адаптувати навчальний досвід для кожного студента на основі його унікальних вимог і бажаних методів навчання. Завдяки системам, керованим штучним інтелектом, викладачі можуть аналізувати дані окремих студентів, щоб створювати індивідуалізовані плани занять, які оптимізують розуміння та запам'ятовування змісту курсу.

Переваги використання ШІ в педагогіці значні. Штучний інтелект може полегшити вивчення іноземних мов, пропонуючи інтерактивні платформи, які забезпечують зворотний зв'язок щодо вимови та граматики в реальному часі. Ці технологічні рішення дозволяють студентам вдосконалювати свої знання мови автономно, виходячи за рамки традиційних умов класу.

На додаток, системи ШІ можуть допомогти викладачам університетів ефективно керувати великими класами. Автоматизуючи адміністративні обов'язки та пропонуючи можливості миттєвого оцінювання, викладачі можуть виділяти більше часу для творчої взаємодії зі студентами та розвитку здібностей критичного мислення.

Незважаючи на безліч переваг, інтеграція ШІ в освіту створює певні проблеми. Ключове занепокоєння полягає в потенційному впливі на безпеку роботи викладачів, оскільки системи штучного інтелекту стають більш вправними у наданні освітнього контенту.

Крім того, здатність штучного інтелекту відтворювати людську взаємодію та емоційний інтелект у процесі навчання обмежена. Хоча інструменти штучного інтелекту покращують конкретні освітні аспекти, їх слід сприймати як доповнення, а не як заміну незамінної ролі викладачів у вихованні інтелектуальної допитливості та креативності в студентів.

Іншим недоліком можна вважати тенденцію студентів стати надмірно залежними від штучного інтелекту для письмових і домашніх завдань. До того ж, у наукових статтях, створених за допомогою штучного інтелекту, можуть бути відсутні належні посилання на джерела, що потенційно може призвести до проблем плагіату, адже ШІ має можливість самостійно генерувати текст, а також отримувати інформацію з Інтернету без вказівки джерел. Як інструмент для вивчення іноземних мов, ШІ може також мати проблеми з точним перекладом, особливо при роботі з ідіоматичними виразами, що призводить до граматичних помилок і генерації неточної інформації.

На закінчення слід зазначити, що розвиток освітнього процесу, особливо у сфері вищої медичної освіти, підкреслює важливість використання ШІ як стратегічного підходу до вдосконалення педагогічних методів. Використовуючи інструменти штучного інтелекту, викладачі можуть створювати динамічні структури практичних занять, просувати інноваційні стратегії навчання та сприяти збагачуванню навчального середовища для студентів університетів у всьому світі.

Список використаних джерел

1. Панухник О. Штучний інтелект в освітньому процесі та наукових дослідженнях здобувачів вищої освіти: відповідальні межі вмісту ШІ // Галицький економічний вісник / Олена Панухник. – Тернопіль: ТНТУ ім. І. Пулюя, 2023. – Том 84. – № 4. – С. 202-211.
2. Chen L., Chen P. & Lin Z. Artificial intelligence in education: a review. Ieee Access. 2020. Vol. 8. P. 75264–75278. DOI: <https://doi.org/10.1109/ACCESS.2020.2988510>

ДИСТАНЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ПІДВИЩЕННІ КВАЛІФІКАЦІЇ ВИКЛАДАЧІВ

*Онiщенко Тетяна Євгенівна,
доцент кафедри інфекційних хвороб,
Рябокoнь Олена Вячеславівна,
завідувач кафедри інфекційних хвороб, професор,
Фурик Олена Олександрівна,
доцент кафедри інфекційних хвороб,
Калашник Кирило Вадимович,
доцент кафедри інфекційних хвороб,
Білокобила Світлана Олександрівна,
асистент кафедри інфекційних хвороб,
Запорiзький державний медико-фармацевтичний університет*

Швидкий темп старіння знань і збільшення потоків інформації спонукає педагогів стикатися з проблемою постійного її оновлення. Зараз в Україні відбувається становлення нової системи освіти, яка орієнтована на входження у світовий інформаційно-освітній простір. Цей процес супроводжується істотними змінами у педагогічній теорії і практиці навчально-виховного процесу, який пов'язаний із внесенням коректив у зміст технологій навчання. У зв'язку з цим є актуальною проблема створення ефективної системи безперервної освіти для викладачів. Невід'ємною і важливою частиною цих процесів є дистанційні технології. Вони повинні стати не "додатком" у навчанні, а невід'ємною частиною цілісного освітнього процесу, які базуються на компетентнісному і особистісно-розвиваючих підходах [1, с. 7].

В умовах постійних змін у житті суспільства викладач повинен бути готовий до безперервного вдосконалення і підвищення своєї кваліфікації. У той же час, суспільством мають бути створені умови, щодо реалізації своїх потреб у постійному навчанні і розвитку. Педагоги-професіонали, які мають різний рівень кваліфікації, професійної компетенції, педагогічної майстерності та професійного досвіду, орієнтування на потребу у новітніх знаннях, специфічних уміннях і навичках, потребують чіткої інтерпретації і оцінювання переваг тих, чи інших технологій та результатів професійного досвіду.

Кожен викладач у процесі підвищення кваліфікації повинен створити і розвинути свою компетентність як продукт індивідуального професійно-творчого саморозвитку. Мотивом для оволодіння компетентнісною діяльністю є саморозвиток, створення самого себе як професіонала, який здатен розглядати результативність вирішення професійних завдань через призму власного зростання [3, с.55]. Реалізація компетентнісного підходу в освіті в умовах інформаційного суспільства знаходиться під бурхливим впливом широкого вторгнення інформаційно-комунікаційних технологій в усі сфери професійної діяльності. Сучасний рівень розвитку інформаційно-комунікаційних технологій дозволяє реально втілити в життя девіз ЮНЕСКО: «Освіта для всіх на протязі всього життя».

Інноваційний розвиток системи підвищення кваліфікації професійної освіти має на увазі застосування дистанційних освітніх технологій, що засновані на останніх досягненнях в області інформаційно-обчислювальної і телекомунікаційної техніки, відображає сучасні тенденції розвитку освіти як цілісної системи на якісно новому рівні. Воно максимально спрямоване на всебічне розкриття творчого потенціалу особистості, т. к. від загальнокультурної і професійної підготовки залежить не тільки якість життя самої людини, а й значною мірою соціально-економічний прогрес суспільства [3, с.43].

Дистанційні освітні програми спрямовані на становлення компетентності педагога відповідно до сфери його професійної діяльності. Використання мережевих технологій в процесі підвищення кваліфікації розширює можливості для вдосконалення особистісно професійних компетенцій викладача за рахунок:

неформального мережевого спілкування з особами та організаціями, що працюють за аналогічними темами з метою професійних обмінів; різних форм співробітництва, партнерства, спілкування з метою розробки нових видів послуг, реалізації спільних проєктів; участь в мережах з метою обміну між представниками організацій, що займаються підвищенням кваліфікації та споживачами освітніх послуг; встановлення мережевих обмінів з секторами, від яких надходять нові уявлення і нові знання, що застосовуються в системі підвищення кваліфікації; посилення потенціалу мережевої роботи та використання в її рамках інформаційних і телекомунікаційних технологій, які, в свою чергу, вимагають для свого максимально повного розкриття використання мережевого підходу [2, с.43].

Самостійний вибір дистанційних курсів навчання, що пропонуються різними організаціями і фахівцями, дає можливість викладачеві обирати та підвищувати свій рівень знань в тій чи іншій області, формувати готовність до ефективного конструювання освітніх програм з урахуванням індивідуальних освітніх запитів студентів; проектування освітнього середовища відповідно до сучасних вимог, що змінюється інформаційного середовища.

Важливими завданнями для засвоєння елементів дистанційного навчання викладачами є опанування однієї з платформ дистанційної освіти, розуміння і застосування на практиці прийомів і засобів організації дистанційного навчального процесу; навчитися організовувати електронну дискусію, форум, чат; навчитися здійснювати моніторинг і оцінювати результати дистанційного навчання; розробляти і апробувати власний дистанційний курс [4, с.95].

Завдяки дистанційним освітнім технологіям підвищення кваліфікації відбувається у більш стислі терміни і з мінімальними витратами, що є особливо важливим в сучасних умовах фінансування системи освіти. Дистанційні технології роблять процес навчання не тільки економічним, але і гнучким, творчим і легким.

В якості дистанційних технологій навчання можуть використовуватися телеконференції, електронні підручники, електронні бібліотеки, технології Skype і вебінарів, курси Онлайн. Застосування дистанційних технологій дозволяє залучати до освітнього процесу фахівців різних галузей знань, а також фахівців з інших міст і країн.

Ще одним технологічним рішенням, що дозволяє розширити можливості дистанційних освітніх технологій, є мережеві сервіси Google. У документах Google є безкоштовний онлайн-офіс, який включає в себе текстовий і табличний процесор, сервіс для створення презентацій, а також інтернет-сервіс хмарного зберігання файлів з функціями файло-обміну.

Інтерес для педагогів можуть представляти такі програми підвищення кваліфікації, як «Хмарні технології в освіті», «Управління електронним контентом», «Основи розробки електронних освітніх ресурсів» та ін. Кожен курс містить лекційний матеріал у текстовому режимі або відеоформаті, проміжне і підсумкове тестування.

Організація дистанційно-освітнього курсу повинна розпочинатися з формулювання завдань, вибору методик та технологій, що відповідають заданим цілям, створення різноманітних навчальних ситуацій, таких як: педагогіка співпраці; традиційне викладання; навчальні завдання і практика; інтерактивні дискусії; моделювання; демонстрації; відкриття; ігри; вирішення завдань/проблем; наставництво.

Технології дистанційної освіти діляться на інтерактивні і неінтерактивні. Інтерактивні технології - це аудіоконференції, відеоконференції, електронні конференції через e-mail, online services, та інш. Неінтерактивні це друкарські матеріали, аудіокасети, відеокасети, одностороння супутникова і СВЧ зв'язок, телевізійні і радіопередачі, дискети, CD-ROM.

Дистанційна освіта здійснюється за допомогою системи засобів, наприклад, телевізійний курс у поєднанні з друкарськими матеріалами, що розсилаються поштою і т. д. Інтернет дуже успішно використовується при такому системному, змішаному підході до дистанційної освіти, поєднуючи в собі усі переваги вище зазначених засобів з використанням образів, тексту, пошуку і реального спілкування.

Самостійний вибір програми підвищення кваліфікації та засіб його засвоєння дає можливість педагогам здобувати нові знання, займатися у зручний час і в зручному для себе темпі, а також отримати документ з проходження курсів підвищення кваліфікації.

Таким чином, використання дистанційних технологій у процесі підвищення кваліфікації педагогічних кадрів дає можливість безперервного навчання, саморозвитку, підвищення рівня знань фахівців, масового обміну інформацією і досвідом, незалежно від просторових і часових меж, рівні шанси на самореалізацію учасників процесу. У теперішній час зростає кількість альтернатив сучасних моделей підготовки кваліфікованих педагогічних працівників, що створює умови для побудови ними індивідуальних освітніх траєкторій, максимальної індивідуалізації навчального процесу.

Список використаних джерел

1. Антошук С. В., Гравіт В.О. / Основи організації дистанційного навчання в післядипломній педагогічній освіті / наук. посіб. – Суми: НІКО, 2015. – 180 с.
2. Ляхощька Л., Чміль А., Розмариця В. / Організація навчального процесу в системі підвищення кваліфікації на сучасному етапі / Післядипломна освіта в Україні.- 2020. - №1. - С. 40-45.
3. Раковець О Раковець С. / Компетентність педагога як основа його професійної майстерності / Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології, 2021, № 1 (105) С.51 – 58.
4. Шот А. П. / Дистанційна освіта: сьогодення та майбутнє / Дистанційне навчання у ЗВО: моделі, технології, перспективи: матеріали круглого столу за участю порадників академічних груп та викладачів факультету управління фінансами та бізнесу. – 28 квітня 2021 р. – Львів: ФУФБ, 2021. – 111 с.

ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ МОТИВАЦІЇ СТУДЕНТІВ ПРИ ВИКЛАДАННІ ПЕДІАТРІЇ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ

*Пащенко Ірина Володимирівна,
доцент кафедри пропедевтики дитячих хвороб,
Підкова Віра Ярославівна
доцент кафедри пропедевтики дитячих хвороб
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

В умовах сучасної медичної освіти важливим аспектом формування компетентностей є ефективне та творче застосування вже набутих на теоретичних кафедрах знань, формування навиків аналізу знань, отриманих з різних джерел інформації, розвиток комунікативних здібностей, набуття досвіду самоконтролю. В теперішній час цей процес відбувається у складних умовах дистанційного навчання, що потребує використання різних методів і підходів для формування у студентів клінічного мислення і здатності застосовувати отримані теоретичні знання в практичних ситуаціях. Самомотивація – це здатність спонукати себе проявляти ініціативу та діяти для досягнення цілей і виконання завдань. Орієнтованість освітнього процесу ВНЗ на професійно-особистісний саморозвиток студента передбачає створення такого навчального середовища, яке сприяло б тому, що студент сам все більш усвідомлено і цілеспрямовано опановував методологію і технологію самопізнання, самовдосконалення та самореалізації.

Формування мотивації студента – складний процес, на який впливає багато зовнішніх і внутрішніх факторів. Зовнішня мотивація передбачає застосування різних традиційних форм заохочення до діяльності, отримання високих оцінок, стипендії або покарання чи інших мотивів, які можуть викликати як бажання до діяльності так і гальмувати небажану поведінку. Внутрішня мотивація — це сукупність стимулів, що ініціюють та регулюють діяльність майбутнього лікаря із середини його особистості. До внутрішніх мотивів професійного саморозвитку майбутнього лікаря можуть належати самоствердження своєї особистості, усвідомлення соціальної значущості професії лікаря, демонстрації її цінності для суспільства.

Для підготовки і навчання студентів на кафедрі пропедевтики дитячих хвороб ЗДМФУ використовуються відео конференції на платформі Microsoft Office 365 Teams для проведення лекцій і практичних занять; мультимедійні презентації, тести різного рівня складності, ситуаційні задачі з аналізом клінічних помилок, навчальні фільми, завдання для самостійної роботи студентів. Окрім традиційних методів навчання ефективно застосовується метод кейсів з аналізом студентами певної клінічної ситуації. Для написання студентської історії хвороби використовувався вибір кейсів, які створюють проблемні ситуації при вирішенні задачі, містять дані анамнезу, об'єктивного обстеження, додаткових лабораторних та інструментальних даних.

Практичні заняття в умовах війни в минулому навчальному році проводились у дистанційному, а для деяких студентів і в асинхронному режимі. Під час дистанційної форми навчання принципово змінюється спосіб засвоєння знань, взаємодія між студентом та викладачем, значно збільшується роль викладача і значення самомотивації студентів. Дистанційне навчання сприяє оволодінню студентами навичок самостійної освітньої роботи за умови свідомої самомотивації і самоконтролю. Брак у студента самоорганізації і самоконтроля може знизити ефективність засвоєння навчального матеріалу і формування професійних навичок. Такі умови

навчального процесу створюють виклик для викладача пошуку нових підходів з використанням як зовнішньої так і внутрішньої мотивації. Стимуляція з боку викладача потребує додаткових зусиль з боку студента, тобто визнання своєї частки відповідальності обох сторін процесу навчання.

Найбільш поширеними чинниками мотивації є: зосередження на меті, відповідний настрій, поетапність дій, позитивне мислення, наявність натхнення, а також налаштованість не впадати у відчай і не здаватись. Для забезпечення внутрішньої мотивації професійного саморозвитку необхідно до змісту навчального матеріалу вводити інформацію, яка має значення для професійного саморозвитку студента; нарощувати зміст і новизну навчального матеріалу; надавати студентам необхідні умови для виявлення своїх можливостей; творчо ставитися до навчального предмета. Саме використання таких підходів дозволяє сформувати зі студента третього курсу, який тільки починає вивчати клінічні дисципліни, фахівця-клініциста з комплексом знань і вмінь, прагненням самовдосконалення у подальшій професійній діяльності.

Мотивація має величезний вплив на формування у студентів певного набору, комплексу компетентностей, частина яких є ключовими для подальшої професійної діяльності. Для підвищення мотивації формування професійних компетенцій необхідне комплексне впровадження інноваційних інформаційних та інтерактивних технологій, збереження кращих традицій клінічної практики та залучення студентів до творчої активності.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ ВІЙНИ

*Пилипенко Вячеслав Васильович
канд. мед. наук, доцент, кафедра внутрішньої медицини №1,
Донецький національний медичний університет*

Успішним шляхом розвитку сучасної медичної школи є викладання всебічних медичних знань у поєднанні з практичними навичками. Розвиток інформаційних технологій значно полегшує отримання новітніх медичних і методичних матеріалів. Але засвоєння практичних навичок в умовах війни та ще й у переміщених навчальних закладах може бути їх «слабкою ланкою».

Застосування симуляційних центрів для відпрацювання практичних навичок складають перший крок цього шляху. Такі центри дозволяють переключити увагу студентів на самостійне виконання навичок: огляду, перкусії, пальпації, аускультатії. Наступним кроком є самостійне (під контролем викладача) формування синдромного або нозологічного діагнозу. Надалі стає можливим засвоєння навичок надання невідкладної допомоги разом із проведенням, за необхідності, серцево-легеневої реанімації. Позитивною є можливість доведення дій студента (діагностика та медична допомога) до автоматизму.

Давно відомо, що лікарем можна стати тільки проводячи достатньо часу у ліжка хворого. Наявність Університетських клінік вирішує цю задачу. Переміщені навчальні заклади на воєнний період позбавлені такої переваги. Перебування на клінічних базах (зклади охорони здоров'я комунальної чи державні власності) може ускладнитись питаннями орендної плати та доступу до хворих.

На наш погляд, до викладання внутрішньої медицини слід підходити диференційовано. Зарахування викладачів до штату лікарні (стаціонар або поліклініка) значно підвищує їх потенціал. Нічні чергування в стаціонарах – справжній «клондайк» можливостей для вмотивованих студентів. Поліклінічний прийом теж сприяє постійному контакту з хворими. На поліклінічному рівні можлива участь студентів у роботі кабінетів функціональної діагностики, палат невідкладної терапії денних стаціонарів, фізіотерапевтичних кабінетів.

Спілкування студентів безпосередньо з хворим: участь у зборі скарг, анамнестичних даних, фізикального обстеження – запорука формування вправного лікаря-клініциста. Проведення й оцінка результатів інструментальних та лабораторних методів дослідження конкретного хворого – потужний важіль мотивації майбутніх лікарів.

Закріпити отримані навички можна під час виробничої практики. В ДНМУ довгий час практикувалось проведення практики не тільки на базах, але й за тристоронньою угодою (університет, лікарня, студент). Переважно це відбувалось у літній час і за місцем проживання студентів. Навантаження на бази практики знижувалось, а «студенти за угодою» отримували суттєву перевагу: можливість праці у відділеннях з повним навантаженням. Це істотно впливало на оцінки результатів практики.

Багато студентів (особливо за наявності диплому про середню медичну освіту) працюють у лікарнях міста Кропивницький. На заняттях аналізуються цікаві випадки на чергуваннях, через що покращується контакт з учнівською аудиторією, оживають факти зі сторінок підручників, розбирається невідкладна допомога. При цьому клінічна фармакологія наповнюється конкретним змістом із розбором механізмів дії препаратів та їх синергії.

Окремою ланкою навчання є підготовка і проведення презентацій студентами за обраними темами з переліку, наданого викладачем. Студентам пропонується тема, література та план презентацій. Така форма навчання значно активує дії студента, вимагаючи не тільки засвоєння окремого розділу (як правило, нозологічної одиниці), але й умілої декламації та дизайну теми. Окремо слід зауважити, що саме така форма подачі навчального матеріалу дозволяє перейти на фахову (медичну) українську мову, використання якої не завжди якісне у студентів сходу України. До того багато студентів звикають до класичного розбору тем: питання – відповідь і тести. Комп'ютеризація ж призводить до втрати «живого» спілкування, а так не повинно бути у майбутніх лікарів-комунікаторів.

Було помічено, що перша презентація проходила напружено, але доброзичлива і позитивна атмосфера сприяла подоланню страхів. Студенти із задоволенням проводили не тільки презентації, але й звичайні доповіді. Обов'язковою процедурою були питання за темою доповіді. На цьому етапі відкривалась глибина знань доповідача. Але вмиле використання риторики (мистецтво якісного висловлювання думок) надавало окремим студентам перевагу над іншими.

Слід зазначити, що дизайн презентацій міг як сприяти розкриттю теми, так і навпаки. Підсумовуючи, слід зауважити, що описана форма вивчення матеріалу має переваги над традиційною. Вона вчить поважати і любити українську мову, надає можливість проговорювати навчальний матеріал та активно використовувати його, відповідаючи на конкретні питання.

Підвищення якості підготовки майбутніх лікарів відповідно до світових стандартів - складна та багатоступенева задача, вирішення якої є нашим поступом до європейських стандартів.

ШЛЯХИ ПОЛПШЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ

*Самойленко Олена Валентинівна,
к. філол. н., доцент, завідувачка кафедри
мовних та гуманітарних дисциплін
Донецького національного медичного університету*

Війна в Україні розпочалася ще в 2014 році, але для більшості населення вона стала реальністю 22 лютого 2022р. Новітня реальність стала постійним джерелом стресу протягом 2-х років, отже, одним з основних завдань викладачів та вчителів стала адаптація здобувачів освіти до життя в умовах постійного психологічного тиску та тривоги за власне життя та життя близьких.

Наш досвід свідчить, що навчальні заклади можуть потужно впливати на підвищення ступеню стресостійкості та на нормалізацію психологічного стану людини. На наш погляд, офлайн навчання краще впливає на адаптацію студентів до нових умов. Навчальні заклади виступають в якості якорів для здобувачів освіти: студенти розуміють, що життя продовжується, бо кожного дня вони мають йти до університету / академії/ інституту, у здобувачів є певні обов'язки перед соціумом, вони розуміють, що існують певні ритуали, які повторюються, тобто у житті є щось стале незмінне, у житті є певний розклад, який продовжує своє функціонування не зважаючи на змінні зовнішні обставини. Навіть, онлайн навчання дозволяє відчутти свою належність до певної групи соціуму, виконувати певну соціальну роль. Саме тому, на наш погляд, дуже важливим є проведення занять у відведений для цього час, а не асинхронне виконання вправ, щоб студенти мали змогу побачити один одного хоча б на екрані монітору, обговорити щось, поділитися новинами. Радимо викладачам залишати студентам декілька хвилин на неформальне спілкування, а також частіше питати здобувачів освіти про їх життя, залучати до дискусій, брейнстормінгу. Для студентів медичних навчальних закладів можна зробити акцент на використанні кейс-методу, бо саме цей прийом надає можливість наблизити процес навчання до реальної практичної діяльності в галузі медицини. Case-study є одним з найкращих методів розвитку аналітичного та практичного мислення, здатності креативно розв'язати поставлене завдання. Цей інтерактивний метод є дуже важливим у викладанні практичних клінічних дисциплін, роботі з діагностикою, з цією метою необхідно використовувати різноманітні мультимедійні засоби, спеціалізовані програми Prognosis app, Micromedex App, Medscape.

Дуже важливим у сучасних умовах є налагодження повноцінної комунікації з однолітками. Спостереження та опитування доводять, що у студентів, які навчаються навживо, підвищується стресостійкість, розвивається емоційний інтелект, зникає відчуття самотності. Саме у теперішніх умовах важливими є проведення позакласних заходів, психологічних тренінгів. Одним з прийомів, які користуються прихильністю студентів, є арт-терапія.

Як зазначає А. Копитін [2, с. 87], терапія мистецтвом за своєю природою радикальна. Вона пов'язана з розкриттям внутрішніх сил людини і дозволяє наступне: – розвивати в собі спонтанність і вдосконалювати увагу, пам'ять, мислення (когнітивні навички); – вивчити свій життєвий досвід з незвичайного ракурсу; – навчитися спілкуватися на екзотичному рівні (використовуючи образотворчі, рухові, звукові засоби); – самовиражатися, доставляючи задоволення собі та іншим; – розвивати цінні соціальні навички (у груповій роботі); – освоїти нові ролі та виявляти латентні якості особистості, а так само спостерігати, як зміни власної поведінки впливають на оточуючих; – підвищувати самооцінку, що веде до зміцнення особистої ідентичності; – розвивати навички прийняття рішень; – розслабитися, виплеснути негативні думки і почуття; – реалізувати свою здатність до творчості різними засобами, включаючи образотворче мистецтво.

На думку, Л. Лебедевої, будь-яка людина, незалежно від культурного досвіду і художніх здібностей, може бути учасником арт-терапевтичного процесу [1, с. 18]. Центральна фігура в арттерапевтичному процесі – особистість, яка прагне до саморозвитку та розширення діапазону своїх можливостей.

Використання художніх методів для лікування психологічних розладів і зміцнення психічного здоров'я відоме як арт-терапія. Арт-терапія – це техніка, яка ґрунтується на ідеї, що творче самовираження може сприяти зціленню та психічному благополуччю.

Люди займаються мистецтвом для спілкування, самовираження та лікування протягом тисяч років, але окремим напрямом психотерапії арт-терапія стала тільки в 1940-і роки.

Мистецтво використовується, щоб допомогти досліджувати емоції, розвивати самосвідомість, справлятися зі стресом, підвищувати самооцінку та розвивати соціальні навички.

Техніки арт-терапії можуть включати малюнки та каракулі, малювання олівцями, малювання пальчиками, малювання різними видами фарб (це все відносять до ізотерапії), піскову терапію, глинотерапію, казкотерапію, мандалотерапію, колажування, маскотерапію, метафоричні асоціативні карти, драматерапію, музикотерапію. Усі ці техніки є в широкому доступі, тому їх можна легко використовувати у роботі педагога.

Список використаних джерел

1. Арт-терапія. Інноваційні психологічні технології / під ред. О. Тіунової. Випуск 6. Київ–Львів–Тернопіль: ЕЕАТА, 2019. 224 с.
2. Колпакчи О. Арт-терапія: курс лекцій. К.: Центр учбової літератури, 2018. 288 с.

ПИТАННЯ ЩОДО ДОЦІЛЬНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ТРУПНОГО МАТЕРІАЛУ ДЛЯ НАВЧАЛЬНИХ ЦІЛЕЙ

*Світлицький Андрій Олександрович,
доцент кафедри анатомії людини, оперативної хірургії та топографічної анатомії,
Чернявський Артур Валерійович,
старший викладач кафедри анатомії людини, оперативної хірургії та топографічної анатомії,
Матвейшина Тетяна Миколаївна,
доцент кафедри анатомії людини, оперативної хірургії та топографічної анатомії,
Щербаков Максим Степанович, доцент,
в.о. завідуючого кафедри анатомії людини,
оперативної хірургії та топографічної анатомії,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Ще з давніх часів, коли розтин трупів був єдиним джерелом інформації про будову людського тіла, перед дослідниками поставало питання про доцільність розтинів померлих з метою вивчення. На сьогодні трупний матеріал широко використовується в різних галузях медицини: в хірургії – для трансплантації, в судовій медицині – для встановлення причин загибелі людини, в навчальних закладах на кафедрах морфологічного профілю – для навчання. Втім, використання тіл, або частин тіл, померлих в різних країнах жорстко регламентовано правовими, релігійними, етичними та психологічними аспектами.

Цілеспрямовані розтини трупів для вивчення проводилися ще в стародавні часи. В єгипетських папірусах знайдено описи органів та їх функцій, досліджені під час ритуальних бальзамувань. В Стародавніх Греції та Римі розтини проводились вже з науковою метою, тоді ж була сформована анатомія, як окрема галузь медичних наук. В часи Середньовіччя дослідження тіл померлих суворо заборонялося церквою, і тільки тринадцять сторіч по тому, в розквіт Відродження, розтин трупів став невід'ємною частиною вивчення анатомії людини. З початку XVI сторіччя анатомічні школи з'являються по всій Європі, в більшості з яких будуються спеціальні приміщення для розтину людських тіл і занять з анатомії - анатомічні театри. Відвідувати анатомічні театри могли не лише студенти-медики, квитки на розтин могли придбати усі охочі. В епоху Ренесансу препарування трупа в анатомічному театрі нерідко супроводжувалося грою музикантів, а у Флоренції розтини навіть входили до програми карнавалів. До кінця XVII століття анатомія стає обов'язковою дисципліною у підготовці студентів медиків. З XVIII по XX сторіччя відбувається поступова реорганізація анатомічних театрів в музеї, право використовувати трупи для вивчення закріплюється на законодавчому рівні. У XX-XXI столітті анатомічні знання не є секретними, проте вільний доступ на розтин усіх охочих неможливий. Вивчення анатомії та застосування трупного матеріалу є привілеєм і невід'ємною частиною підготовки студентів-медиків у багатьох країнах Світу, яке має високу наочність та інформативність, формує у студентів шанобливе ставлення до людського тіла та сприяє розвитку хірургічних навиків.

Втім, не всі вчені були помірковані у своєму зав'язатті просувати науку. Римський лікар Герофіл у певний момент став препарувати навіть живих злочинців, піддаючи їх вівісекції, в Великій Британії на початку XIX століття через брак трупів найняті лікарями люди незаконно викопували сотні трупів, а деякі вдавались навіть до вбивств волоцюг, продаючи їхні трупи лікарям. Едуард Пернкопф - німецький анатом - працював над анатомічним атласом, використовуючи трупи в'язнів, закатованих у концтаборах під час другої світової війни.

На даний момент в Україні діє Закон України N 3505-IX від 8 грудня 2023 року «Про поховання та похоронну справу», в якому вказано, що будь-яка повнолітня дієздатна фізична особа має право розпорядитися щодо передачі після смерті її тіла чи анатомічних матеріалів науковим або навчальним закладам. Але, перехід до дистанційного навчання внаслідок пандемії SARS CoV-2 та повномасштабного вторгнення РФ поставив питання щодо пошуку альтернативних методів та матеріалів для вивчення анатомії людини. Тому на сьогодні існує тенденція до заміни трупного матеріалу в навчальному процесі віртуальною автопсією (анатомічні столи Anatomage), на комп'ютерні програми з тривимірною графікою (Organon), 3D анатомічні атласи (Visible Body) та високоякісні муляжі або пластифікати органів людини. Треба зазначити, що все з наведеного має певні переваги (високу наочність, не потребують особливих умов для зберігання і т.п.) втім, не зрівняється за деталізацією структур зі справжнім препаратом.

Таким чином, використання трупного матеріалу, хоч і має певні негативні аспекти пов'язані з фіксацією та зберіганням препаратів, вкрай необхідно для навчального процесу при підготовці висококваліфікованих лікарів-спеціалістів, а всі сучасні засоби якими ми можемо замінити трупний матеріал значно програє у інформативності, а також у формуванні навичок лікаря.

**ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ СТРУКТУРОВАНОГО КЛІНІЧНОГО ІСПИТУ
З ДИСЦИПЛІНИ «АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»
В УМОВАХ ОНЛАЙН НАВЧАННЯ**

*Сергієнко Марина Юріївна,
кандидат медичних наук,
доцент кафедри акушерства і гінекології ЗДМФУ
Сюсюка Володимир Григорович,
доктор медичних наук, професор,
в.о. завідувача кафедри акушерства і гінекології,
Дейніченко Олена Валеріївна,
доктор філософії, доцент кафедри акушерства і гінекології,
Ганжій Ірина Юріївна,
доктор медичних наук, професор кафедри акушерства і гінекології,
Амро Ірина Геннадіївна,
кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства і гінекології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

В умовах карантинних обмежень, зумовлених коронавірусом, дією воєнного стану на території нашої держави, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет (ЗДМФУ) у ході підготовки студентів-медиків проводив невинне впровадження в навчальний процес інформаційних технологій, які є одним із найперспективніших напрямів підвищення якості вищої медичної освіти та дають можливість адаптувати її до потреб сьогодення. Мова йде про удосконалення онлайн-освіти, електронних освітніх ресурсів та документообігу (веб-сторінки закладу вищої освіти, системи АСУ), здобуття знань за допомогою тренажерів, віртуальних програм, формування цифрової компетентності майбутніх фахівців.

Вже два роки поспіль підсумковий іспит на кафедрі акушерства і гінекології проводиться в онлайн форматі, що стало значним випробуванням для викладачів. Потрібно було розглянути можливості різних методів та інструментів дистанційного контролю, оцінити ризики та переваги для створення його оптимальної моделі. Нами були проаналізовані різні типи викликів, які можуть виникнути під час підсумкового оцінювання в режимі онлайн. Співробітники кафедри розуміли, що студенти, які здають іспит віддалено, можуть мати доступ до декількох пристроїв, браузерів або цифрових інструментів, і це важко контролювати. Студенти можуть симулювати технічні проблеми і навпаки зіткнутися з тимчасовим поганим доступом до інтернету, відсутністю електрики або «тихого простору», в якому можна скласти іспит.

Кафедра обрала комбінований тип оцінювання (тестування та усний іспит) з відповідним розподілом балів. Після завершення осіннього ІХ семестру 2023-2024 навчального року на платформі MS Teams був проведений об'єктивний структурований клінічний іспит в групах вітчизняних та іноземних студентів 5 курсу. Перший етап (з використанням MS Forms) складався з вирішення тестових завдань – 40 тестів (40 балів) у письмовій формі. Більшість тестів була представлена у вигляді клінічної ситуації для перевірки базового рівня знань. На другому етапі проводилося онлайн-спілкування з використанням платформи MS Teams за білетами, які включали 2 задачі (клінічні ситуації), які пропонувалося вирішити, надавши відповідь на п'ять питань. Максимальною кількістю балів – 40 (20 – за кожну задачу). Мета усного спілкування – перевірка можливості логічно та клінічно мислити, використовувати надбані теоретичні знання на практиці. Всього за іспит нараховувалося 80 балів. Для успішного складання іспиту необхідно було набрати не менше 50 балів. Обраний формат проведення іспиту, розклад, база тестів, та клінічних випадків, розподіл балів, критерії оцінювання були доведені до студентів заздалегідь, щоб студенти мали час на підготовку та спланувати доступ до потрібного обладнання.

Напередодні екзамену викладачами кафедри проводилися онлайн консультації з обов'язковим відеозаписом зустрічі, де надавалася інформація щодо формату проведення іспиту, критеріїв оцінювання, шляхів вирішення незрозумілих клінічних ситуацій, як буде контролюватись доброчесність студентів, хто недопущений до екзамену і чому.

Звичний онлайн режим спілкування, участь двох викладачів та модератора у прийомі іспиту дозволило підвищити об'єктивність оцінки, створити доброзичливу атмосферу, сприяти зниженню напруги студентів під час екзаменування.

Наш досвід проведення іспиту підтвердив, що застосування кейс-методу як освітньої технології є дієвим засобом не тільки організації навчального процесу в умовах онлайн / змішаного навчання та складання іспиту, а й дозволяє здобувачам вищої освіти усвідомити реальну професійну ситуацію, сприяє актуалізації певного комплексу знань у її вирішенні.

АКАДЕМІЧНА ГРАМОТНІСТЬ ЯК СКЛАДОВА АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ

Сидоренко О.В.,
кандидат філологічних наук, доцент,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

На разі вітчизняна система вищої освіти націлена на створення академічно добросчесного середовища, яке забезпечуватиме нову якість підготовки висококомпетентного фахівця. Цей стратегічний вектор модернізації освітньої галузі задекларовано в низці нормативних документів, зокрема Законі України «Про вищу освіту» та Національній стратегії розвитку освіти в Україні.

Поняття «академічна добросчесність» не можна звести до одного ємного визначення, воно є надзвичайно концептуальним, адже під академічною добросчесністю розуміємо комплекс правил, норм, принципів, якими мають послуговуватися всі учасники освітньо-наукової діяльності [1]. Як наслідок, декларативне впровадження в закладах вищої освіти курсу лекцій «Академічна добросчесність», донесення до студентської спільноти принципів академічної добросчесності хоч і є, безперечно, необхідними заходами, однак не матимуть належного ефекту без комплексної та наскрізної (реалізуваної протягом як усіх років навчання, так і наукової діяльності або ж у професійній діяльності) системи формування відповідного академічного середовища.

Однією з базових складових академічної добросчесності є робота над формуванням академічної грамотності, яка, у межах здобуття вищої освіти, реалізується насамперед при вивченні нормативної дисципліни «Українська мова (за професійним спрямуванням)». Науковці, які вивчають академічну грамотність, виокремлюють у її структурі три базові рівні: операційний, який націлений на розвиток мовлення, формування компетентностей написання текстів та вміння їх інтерпретувати, культурний – це практичне застосування операційного компоненту при здійсненні комунікації та критичний – критичне оцінювання та інтерпретація інформації [2, с. 227]. Таким чином, вагомим аспектом при вивченні зазначеної дисципліни має бути формування навичок роботи з науковим текстом і, як наслідок, залучення студентів до наукової діяльності. Для цього необхідно скорегувати тематичне наповнення навчальної програми, акцентуючи більше уваги на роботі з науковим стилем, а не лише офіційно-діловим, як це відбувається зараз.

Безперервності реалізації комплексного підходу на формування академічної грамотності сприяє і відповідний цикл дисциплін за вибором, йдеться, зокрема, про «Культуру наукової мови», «Культуру мовлення», «Психологію спілкування», «Теорію і практику професійної мовної комунікації». Їх тематичне навантаження не лише сприяє накопиченню та увиразненню теоретичної інформації, а й дозволяє продукувати якісні практичні навички в роботі з текстами наукового дискурсу, адже студенти, на жаль, не вміють не лише вибудувати логічні конструкти наукового стилю, добирати аргументи на користь своїх позицій, вичленовувати базові судження тощо, а й презентувати на загал власні умовиводи.

Таким чином, практично обґрунтований комплекс навчальних дисциплін, послідовний і системний підхід до набуття відповідних компетенцій, які визначають оволодіння академічною грамотністю є важливою запорукою формування цінностей академічно добросчесного середовища.

Список використаних джерел

1. Академічна добросчесність: проблеми реалізації та відповідальність. URL: <https://wiki.legalaid.gov.ua/index.php> (дата звернення: 15.01.2024).
2. Фенцик О. М. Формування академічної грамотності здобувачів вищої освіти у процесі фахової підготовки. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2020. № 73. Т. 2. С. 226-231.

ПРОБЛЕМИ ДИСТАНЦІЙНОГО ВИКЛАДАННЯ ВИЩОЇ МАТЕМАТИКИ В УМОВАХ ВІЙНИ

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

В умовах війни дистанційна освіта стала одним із головних інструментів збереження освіти в Україні, а саме відтворення її трудових ресурсів, підтримки та розвитку наукового потенціалу країни. Тому, одним з найважливіших завдань перед освітянами є завдання пошуку та розробки ефективних дистанційних освітніх технологій.

Успішність навчання визначаються не тільки ефективністю дистанційних освітніх технологій, Відомо, що вибір методів дистанційного навчання зумовлюються змістом робочої програми дисципліни. Відправною точкою любого курсу дисциплін є робоча програма.

Отримана автономія вишів у розробці робочих програм з одного боку відкриває нові можливості для творчості та розвитку науки, а з другого є викликом для фахівців на місцях, потребуючим великої відповідальності та професіоналізму виконавців. Розробку нових програм необхідно проводити з наукових позицій і у пошуках нових змістів робочих програм може допомогти філософія.

Проблеми розвитку освіти займають одно з головних місць в роботах відомих філософів – від античності до постмодернізму. Ідеї філософського осмислення освітніх проблем, питання становлення особистості мають значну історичну ретроспективу, пов'язану з іменами Ф. Вольтера, Д. Локка, Ж–Ж. Руссо, Я. Коменського, Й. Песталоцці, І. Канта, Дж. Дьюї, Ж. Рюс, Е. Гуссерля та інших.

У сучасній же вітчизняній літературі проблемами освіти переймаються такі вчені як В. Андрущенко, І. Утюж, Д. Сепетий Н. Спиця та ін.

Філософія математичної освіти є предметом пошуків таких філософів як А. Марфори, П.Беннасерф, Ж. Булос, О.Ліннебо, Д.Варрен, П. Ернст, О. Сковмосе а також вітчизняних науковців – Є. Лодатко, Т. Новіцька. Філософи математичної освіти можуть надати нові «окуляри», через які люди бачать світ. Філософія допоможе визначити мету математичної освіти та її обґрунтування. В сучасних умовах, життєво важливими стають запитання: яка мета викладання та вивчення математики. Яка цінність у викладанні математиці у медичному університеті?

Філософія математичної освіти застосовує філософські методи для критичного аналізу припущень, міркувань і висновків математичної освіти, систематично досліджуючи фундаментальні питання.

Використання філософського підходу при розробці робочих програм математичних дисциплін дозволить розробити такі програми, що на світосприйняття (світорозуміння) на основі спостережень, предметних знань, базових мислєдїяльнїсних процедур, досвіду, відчуттів, емоцій та інших суб'єктивно-чуттєвих характеристик.

Список використаних джерел

1. Лодатко Є.О. Цілі математичної освіти в контексті соціокультурних трансформацій суспільства / Є.О.Лодатко // Вісник Запорізького національного університету: Зб. наукових статей. Педагогічні науки / Гол. ред. МіщикЛ.І. – Запоріжжя: Запорізький національний університет, 2007. – No 1. – С.94–118
2. The Philosophy of Mathematics Education Paul Ernest, Ole Skovsmose, Jean Paul van Bendegem, Maria Vicudo, Roger Miarka, Ladislav Kvasz, Regina Moeller
3. Новіцька Т. В. Філософський аналіз деяких проблем трансформації системи фізико–математичної, природничої освіти в контексті змін освітньої парадигми / Т. В. Новіцька // Гілея: науковий вісник. - 2015. - Вип. 98. - С. 332-336.

СУЧАСНІ РЕАЛІЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ-ВИПУСКНИКІВ З ДИСЦИПЛІНИ «АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ» ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

*Сюсюка Володимир Григорович,
доктор медичних наук, професор,
в.о. завідувача кафедри акушерства і гінекології,
Онопченко Світлана Павлівна,
кандидат медичних наук,
асистент кафедри акушерства і гінекології,
Дейніченко Олена Валеріївна,
доктор філософії, доцент кафедри акушерства і гінекології,
Шаповал Ольга Сергіївна,
доктор медичних наук, доцент кафедри акушерства і гінекології,
Бондаренко Сергій Анатолійович,
кандидат медичних наук, асистент кафедри акушерства і гінекології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет (ЗДМФУ) був повністю готовий застосувати сучасні методи дистанційного навчання для підготовки студентів випускного курсу як медичних факультетів, так і міжнародного факультету [1, 2, 3]. Дистанційне навчання стало безальтернативним способом отримання освіти в умовах воєнного стану в Україні, що забезпечило теоретичну складову освітнього процесу та розширило спроможності застосування цифрових й онлайн-технологій для здобуття практичних навичок студентами медичних закладів освіти [4]. Поки війна триває, освіта, в основному, обмежена онлайн навчанням, що впливає на академічну успішність студентів в опануванні медичних дисциплін [5].

Кафедра акушерства і гінекології з першого дня введення воєнного стану змогла організувати заняття із застосуванням дистанційних форм навчання на платформі MS Teams. За цей час на дистанційному навчанні знаходились вітчизняні та іноземні студенти 6 курсу, що дало можливість проводити повноцінні заняття з викладачем як українською, так і англійською мовами. Навчальний процес на кафедрі акушерства і гінекології ЗДМФУ проводиться згідно з графіками та відповідно до затвердженого розкладу занять (лекції – лекційні потоки, практичні заняття – академічні групи) за дистанційною формою з повною візуалізацією на основі MS Teams. На кафедрі заняття проводять як в режимі онлайн, так і офлайн (за бажанням студентів).

Кожне заняття містило: роз'яснення основних понять з тематики, передбаченої навчальною програмою, аналіз клінічних випадків і тестових ситуаційних завдань при вивченні дисципліни. Тестова ситуація – це модель реальної акушерсько-гінекологічної ситуації, в рамках якої передбачається досягнення студентом професійних цілей навчання. Ситуаційний тест цих завдань – є цілеспрямований набір тестових завдань, які дозволяють проконтролювати знання-вміння студентів, вирішувати передбачені тестові ситуації в акушерстві і гінекології за типом «КРОК-2» та усного опитування. Студентам та викладачам було забезпечено доступ до електронних інформаційних ресурсів бібліотеки та кафедри. Викладення матеріалу завжди супроводжувалося демонстрацією наочного матеріалу, презентацій, документів у форматі Word, edX, Moodle, Ratos, MS Office 365, фотографій мікро- та макропрепаратів, відтворенням навчальних відео. Оцінювання кожного студента наприкінці заняття здійснювалось за допомогою не тільки усного опитування, а також призначення у додатку «Завдання» (MS Teams) клінічних завдань та тестів типу «КРОК-2». Наприкінці кожного циклу було проведено підсумкове заняття. Проведення консультацій до державної атестації та ліцензованого іспиту «КРОК-2» також проводилося дистанційно.

В цьому навчальному році ліцензійний іспит «КРОК-2» був запланований та проведений у форматі of-line. Державна атестація з акушерства та гінекології була проведена на платформі MS Teams. Завдання були представлені у вигляді 5 станцій з різною оцінкою в балах, які містили в собі багаторівневі завдання щодо патологічних станів в акушерстві, гінекології, онкогінекології, репродуктології, які потребують планової терапії, а також невідкладного стану в акушерстві на віртуальному пацієнті. А для студентів II медичного факультету (спеціальність «Педіатрія») одна станція містила завдання з дитячої гінекології. Можливість своєчасного підключення та проходження завдань державної атестації була у всіх студентів без винятку. Оцінка виставлялася у балах, які потім конвертувалися у традиційну оцінку та бали ECTS.

Досвід роботи зі студентами VI курсу медичних та міжнародного факультетів Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, незважаючи на існуючі труднощі та проблеми, пов'язаних з воєнним станом, свідчить, що проведення занять в of-line форматі надає можливість зробити українську вищу освіту конкурентноспроможною та якісною за рахунок високого професійного рівня науково-педагогічних працівників і високої мотивації студентів.

Список використаних джерел

1. Колесник Ю.М., Авраменко М.О., Моргунцова С.А., Рижов О.А. Досвід впровадження онлайн-технологій у систему підготовки фахівців галузі знань 22 «Охорона здоров'я». Медична освіта. 2018;2:69-73.
2. Колесник Ю.М., Авраменко М.О., Моргунцова С.А., Рижов О.А., Іванькова Н.А. Концепція корпоративної системи менеджменту знань Запорізького державного медичного університету. Медична освіта. 2019;3(додаток):51-54.
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. Попова О. І., Ільїна-Стогнієнко В. Ю., Герасименко О. А. Успішні кейси дистанційного навчання в медичних закладах освіти України в період воєнного стану. Академічні візії. 2023;18.
5. Величко, В. І.; Тулянцева, Є. О.; Циунчик, Ю. Г. Змішана форма навчання іноземних студентів-медиків в умовах війни в Україні. Забезпечення якості освіти у вищій медичній школі : наук.-метод. міжуніверситет. конф. з міжнар. участю. Одеса, 18-20 січня 2023 року : матеріали конф. / за ред. д. мед. н., проф. В. Г. Марічереда. [Електронне видання]. – Одеса : ОНМедУ, 2023. – С.34-37.

АНАЛІЗ СПІЛЬНОЇ ЕФЕКТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ВИКЛАДАЧА ТА СТУДЕНТА ПРИ ВИВЧЕННІ МЕДИЧНОЇ ТА БІОЛОГІЧНОЇ ФІЗИКИ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

*Точиліна Тетяна Миколаївна
кандидат педагогічних наук, доцент,
доцент кафедри медичної фізики,
біофізики та вищої математики ЗДМФУ,
Точилін Артем Володимирович
студент фізичного факультету
Київського національного університету
імені Тараса Шевченка*

Викладені нами у попередніх статтях результати дослідження з проблеми підвищення ефективності навчання медичної та біологічної фізики в медичному університеті дозволяють вважати, що в умовах дистанційного навчання спільна діяльність викладача та студента розширює свої функції та пред'являє нові вимоги до цілей цієї діяльності, способів взаємодії між учасниками навчального процесу, методами та технологіями. навчання. Як показують наші дослідження, саме узгоджена, цілісна та органічно взаємопов'язана діяльність суб'єктів навчання зумовлює значний педагогічний ефект.

Діяльнісний підхід у навчанні ґрунтується на дослідженнях різних компонентів діяльності: потреб, мотивів, цілей, засобів, дій, результату, оцінки.

Однак в умовах війни та дистанційного навчання виявлені деякі проблеми взаємодії викладача та студента, які не були настільки очевидними при традиційній формі навчання:

- не сформовано пізнавальні потреби студентів у процесі навчальної діяльності;
- не виявлено та не враховано реальні навчальні можливості студента;
- не визначено ступінь особистісної залученості до навчального процесу його учасників;
- не розроблено оптимальну організаційну форму спільної діяльності викладача та студента та відповідну їй технологію навчання;
- відсутні об'єктивний контроль та корекція навчально-пізнавальної діяльності студента.

Наше дослідження присвячене вирішенню перелічених вище проблем та встановленню видів взаємодії та функцій співпраці між викладачем та студентом на кожному етапі спільної діяльності при вивченні медичної та біологічної фізики в медичному університеті.

Під спільною ефективною діяльністю ми розуміємо цілеспрямований, змістовно насичений та методично оснащений процес пізнавальної та виховної взаємодії викладача та студента, який забезпечує при раціональному використанні ресурсів та суб'єктів цієї діяльності максимальне досягнення поставленої мети. Основна мета спільної діяльності підпорядкована основною функцією вищого медичного навчального закладу – формування особистості лікаря.

Студент є головним суб'єктом навчального процесу, а викладач розглядається як суб'єкт рівнопартнерської співпраці та організатор педагогічного спілкування. Без усвідомлення партнерства у діяльності, студентів важко залучити до активної самостійної та творчої роботи, сформуванню їм інтерес до професії.

У структурі спільної діяльності викладача та студента ми пропонуємо виділити шість етапів:

Організація спільної навчальної діяльності, а отже, і сама діяльність починається з постановки цілі. Ціль – головний чинник ефективної діяльності, тому спільну діяльність викладача і студента можна представити як діяльність з постановки й досягнення системи взаємозв'язаних цілей.

Від їх діагностичності, значущості для суб'єктів діяльності, визначеності у часі та інших якостей залежить успіх діяльності. З урахуванням цілі планується діяльність викладача і студента, беруться до уваги можливості й напрями її досягнення відповідно до особливостей змісту, організаційних форм, методів, засобів навчання і методів педагогічної взаємодії.



Рисунок 1 - Структура спільної діяльності викладача та студента

Мета викладача – оптимальне розкриття особових, діяльних і індивідуальних резервів студентів. Це неможливо без активної участі студента, без його прагнення до професійного зростання і самовдосконалення. Студент повинен не просто сприймати, але й відгукуватися, виявляти цікавість до предмету. Викладач повинен направити свою діяльність на навчання студентів мислити і розвивати свої інтелектуальні здібності, на формування умінь аналізувати, оцінювати і планувати свою діяльність, тобто керувати своєю інтелектуальною діяльністю, на формування умінь самостійно працювати з великим об'ємом інформації і інших процесуальних умінь.

ЩОДО ОСОБЛИВОСТЕЙ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІН ГУМАНІТАРНОГО БЛОКУ ДИСТАНЦІЙНО В УМОВАХ ВІЙНИ

*Трегуб Світлана Євгенівна, к.пед.н
доцент кафедри іноземних мов ЗДМФУ*

Зараз освітяни медичних виш переживають складні часи. Сучасний ринок праці потребує фахівців медичної галузі, які на достатньому рівні володіють не тільки своїми фаховими компетенціями, а також є конкурентноспроможними в іншомовній комунікації, що дає змогу випускникам медичних виш розвивати критичне мислення, бути більш гнучкими до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних іншомовних джерел.

Актуального питання набуває вивчення дисциплін гуманітарного циклу, а саме, вивчення іноземної мови за професійним спрямуванням (ІМПС), особливості викладання якої є предметом дослідження.

Глобальні зміни у системі вищої медичної освіти в Україні, які викликані, насамперед воєнними діями та дистанційним форматом навчання, ставить перед професорсько-викладацьким складом завдання, що будуть сприяти наданню студентам-медикам якісний теоретичний матеріал в вигляді презентацій, квізів, аудіо та відео з певних тем вивчення, тестів тощо, які в свою чергу навчать їх конструктивно мислити та творчо підходити до вирішення проблем, тобто сформувані особистість, яка буде відповідати запитам сьогоденного соціуму.

Особливостям організації проведення практичних занять з ІМПС дистанційно приділяється багато уваги, як у теорії так і на практиці. Як правило, заняття повинні проводитись за певним планом, структурою та темпом.

Особливостям проведення практичних занять з ІМПС приділяли багато уваги у своїх роботах такі вчені та психологи, як А. Пуні, П. Рудик, Б. Ломов, О. Мудрик та інші. Зацікавленість даною проблемою спостерігається в наукових працях Р. Гришакіної, В. Кушнір, Т. Бажан, А. Гулак, О. Колодницької та інших.

Так, Р. Гришкова, визначає низку цілей, необхідних для успішного викладання ІМПС, а саме: практична, пізнавальна, розвивальна, освітня, соціокультурна, соціальна [1; с. 56].

І. Савка наголошує, що найголовнішою задачею вищих медичних навчальних закладів - є навчання правильному та грамотному використанню студентами ІМПС як в повсякденній так і в професійній реальності [2, с. 102].

Вивчення ІМПС студентами-медиками повинно вестись паралельно з фаховими дисциплінами, що створює певні міждисциплінарні зв'язки. Під час вивчення ІМПС, студент-медик, впродовж курсу, вивчає різноманітні фахові терміни, які згодом будуть потрібні в його навчальній та професійній діяльності [2, с. 103].

Таким чином, вивчення ІМПС для студентів-медиків являється пріоритетним напрямком навчальної діяльності, що дозволить підвищити рівень знань, насамперед, з професійної підготовки, а також полегшить спілкування з іноземними партнерами та пацієнтами; дасть можливість вести ділову переписку на іноземній мові, оформлювати медичну документацію та розумітися в англійських фахових медичних термінах. На жаль, рівень знань фахової іноземної мови є недостатнім в медичних вишах. Для підвищення знань студентів-медиків з даного предмету, останні, зокрема, повинні запровадити комплекс відповідних заходів, які будуть сприяти отриманню практичних навичок, лексичних та граматичних питань, необхідних, як для складання різних іспитів, так і застосуванню певних знань у своїй повсякденній роботі.

Список використаних джерел

1. Гришкова Р. О. Методика навчання англійської мови за професійним спрямуванням студентів нефілологічних спеціальностей : [навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів] / Р. О. Гришкова. – Миколаїв : Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили, 2015. – 220 с.
2. Савка І. В. Особливості викладання іноземної мови за професійним спрямуванням для майбутніх фахівців у галузі права. Теорія і методика професійної освіти. 2020. № 21. С. 101-104.

СТРАТЕГІЇ ПІДТРИМКИ ДОСЛІДНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ БІБЛІОТЕКОЮ УНІВЕРСИТЕТУ

*Тюркеджи Наталя Станіславівна, провідний бібліограф
відділу інформаційно-аналітичного моніторингу Наукової бібліотеки ЗДМФУ
Катаннікова Анастасія Юріївна,
завідуюча сектором наукометричного аналізу Наукової бібліотеки ЗДМФУ*

У сучасному науковому середовищі ключовим фактором успіху є ефективна взаємодія між бібліотеками вищих навчальних закладів та їхніми користувачами. Запорізький державний медико-фармацевтичний університет (ЗДМФУ) активно розвиває стратегії підтримки дослідницької діяльності шляхом інтеграції наукометричних баз даних, інституційного репозитарію та бібліографічних послуг.

Наукометричні бази даних, такі як Scopus, Web of Science, Google Scholar, ORCID, відіграють важливу роль у сприянні доступу до актуальної та значущої наукової інформації. Бібліотека ЗДМФУ активно долучається до ознайомлення аспірантів, науковців і викладачів із цими ресурсами, забезпечуючи навчання використанню та аналізу отриманих результатів.

Одним із головних завдань є постійне вдосконалення та актуалізація авторських профілів фахівців у наукометричних базах. Процес реорганізації університету вимагає глибокого аналізу та перезавантаження інформаційних ресурсів, включаючи ідентифікацію та адаптацію до нових стандартів. Ця робота передбачає не тільки технічні аспекти, але й організаційні виклики. Бібліотека ЗДМФУ систематично проводить роботу зі створення індивідуальних файлів для наукового персоналу, включаючи аналіз та компіляцію даних з наукометричних баз, репозитарію та друкованих збірок тез конференцій.

Важливим аспектом є інтеграція отриманої інформації до наукометричних баз даних та індивідуальних авторських профілів. Для зручності науковців, було розроблено «Інструкцію з редагування (заповнення) профілів у наукометричних базах», яку розміщено в університетському репозитарії, з покроковою технологією заповнення полів. Це дозволяє науковцям самостійно вносити та актуалізувати свої дані, що сприяє не лише підвищенню точності та повноти інформації, але й активізує їхню участь у міжнародних наукових спільнотах.

Впровадження системи моніторингу та інтеграції наукового потенціалу відкриває перспективи для подальшого розвитку наукової діяльності університету. Повнота та актуальність інформації про внесок фахівців сприяє більш ефективній інтеграції в міжнародне наукове співтовариство та підвищенню рейтингу університету в глобальному науковому контексті.

Інституційний репозитарій, що є динамічним компонентом сучасних бібліотечних послуг, нерозривно вплетений у канву наукової екосистеми закладу. Одна з фундаментальних точок інтеграції полягає в управлінні цифровим контентом, де репозитарій є централізованою платформою для організації та зберігання наукових результатів. Безперешкодно взаємодіючи з бібліотечними службами пошуку та виявлення, репозитарій підвищує доступність інституційних досліджень, гарантуючи, що користувачі можуть досліджувати та отримувати доступ до масиву цифрових матеріалів через єдиний пошуковий інтерфейс. Ця інтеграція спрощує робочі процеси користувачів та посилює прагнення бібліотеки надавати цілісний досвід пошуку інформації. Така сумісність спрощує процеси та створює цілісне середовище для управління фізичними та цифровими ресурсами. Бібліотека ЗДМФУ бере активну участь у послугах з підтримки досліджень через репозитарій, пропонуючи платформу для архівування та розповсюдження наукових здобутків. Фахівці бібліотеки активно співпрацюють з академічними факультетами, проводячи інформаційно-просвітницькі та навчальні заняття, щоб розповісти дослідникам про переваги сховища. Такий підхід не лише збагачує різноманітність контенту сховища, а й відповідає місії бібліотеки щодо підтримки наукових починань академічної спільноти.

Інституційний репозитарій відіграє важливу роль в академічному та дослідницькому середовищі, а саме:

1. Сприяє відкритому доступу до наукових та дослідницьких результатів, усуваючи бар'єри для доступу до інформації. Це сприяє співпраці, інноваціям та поширенню знань, приносячи користь дослідникам, студентам, викладачам та громадськості.

2. Підвищує видимість та вплив досліджень і наукових результатів університету, що призводить до більш високого рівня цитування, співробітництва та визнання, а отже зміцненню репутації університету та кар'єри окремих дослідників.

3. Відіграє вирішальну роль у збереженні та архівуванні інтелектуального капіталу університету. Реалізуючи надійні стратегії цифрового збереження, репозитарій забезпечує довгострокову доступність та зручність використання наукових результатів.

4. Демонструє інтелектуальну перевагу та досягнення університету, що підвищує репутацію закладу та приваблює талановитих викладачів, дослідників та студентів.

5. Сприяє співпраці та міждисциплінарним дослідженням, надаючи дослідникам платформу для доступу до широкого спектру наукових праць та обміну ними.

7. Генерує статистику використання та показники, що дозволяють оцінювати вплив результатів своїх досліджень. Ці дані можуть допомогти у прийнятті майбутніх рішень та розподілі ресурсів.

На фоні сучасних тенденцій науково-дослідницької інфраструктури, інституційні репозитарії виявляються ключовим інструментом для університетської бібліотеки. Зокрема, зимове оновлення світового рейтингу 2023 року від Webometrics – Transparent Ranking: Institutional Repositories by Google Scholar надає конкретні вимірювання ефективності цих репозитаріїв.

Однією з головних місій рейтингу є стимулювання глобального обміну науковою інформацією. Потрапляння до цього переліку свідчить не лише про кількість повнотекстових документів, а й про ступінь їхнього індексування у Google Scholar. Інституційний репозитарій IRZSMU відзначається своєю високою позицією серед інших установ Запорізької області та медичних ЗВО України. Кількість проіндексованих документів у Google Scholar, що становить 13500, говорить про активну роботу науковців та бібліотекарів у формуванні колекції репозитарію.

Співробітники бібліотеки не тільки вводять значну кількість записів, але й редагують та рецензують надані матеріали. Особлива увага приділяється співпраці підрозділів бібліотеки для забезпечення повноцінного пошуку наукових праць для ефективної взаємодії з авторськими матеріалами.

Бібліотека університету, як ключовий гравець у формуванні репозитарію, ставить перед авторами наукових публікацій ряд конкретних вимог для ефективного внесення матеріалів у цифрове сховище.

1. Автори мають надавати наукові публікації у форматі PDF або роздрукованому вигляді. Пакет документ має містити: титульну сторінку публікації (монографія, журнал, збірник тез конференції, науково-методичні матеріали тощо), весь текст наукової роботи та зміст, де вказано прізвище автора.

2. Для забезпечення повноцінності публікації необхідно вказати посилання на офіційний сайт та номер журналу, в якому вона була опублікована. Це допомагає визначити автентичність та визнаність джерела.

3. Автори також відповідають за якість поданої інформації та відповідність науковим стандартам. За потреби може бути проведений аналіз на предмет дотримання етичних норм та наукової доброчесності.

Співпраця авторів та бібліотеки у дотриманні цих вимог допомагає забезпечити доступність та достовірність наукової інформації у цифровому середовищі.

Важливим аспектом вдосконалення репозитарію став механізм зв'язування електронного каталогу з репозитарієм, що сприяє автоматизації та зручності у взаємодії з даними. Цей механізм впроваджено для всіх нових записів у базі даних «Публікації співробітників ЗДМФУ», що забезпечує стабільний та уніфікований підхід до зберігання та поширення наукової інформації.

Ці кроки є лише частиною стратегії розвитку інституційного репозитарію, спрямованою на підвищення його ролі як ефективного інструменту для зберігання, поширення та визначення внутрішнього потенціалу наукового простору університету.

Серед всього іншого, бібліотека ЗДМФУ надає широкий спектр бібліографічних послуг, включаючи підтримку при підготовці публікацій, навчання використанню наукових керівництв та індивідуальне консультування з питань пошуку інформації.

Розвиток науково-інформаційних послуг в сучасному освітньому закладі визначається потребами здобувачів вищої освіти та професорсько-викладацького складу у доступі до актуальної та релевантної інформації. Довідково-бібліографічне обслуговування, яке забезпечує бібліотека університету:

- для задоволення науково-інформаційних потреб здобувачів вищої освіти та професорсько-викладацького складу надаються уточнюючі, фактографічні, тематичні, адресні довідки про публікаційну активність та бібліотечні консультації.

- класифікуються за таблицями УДК наукові публікації, навчально-методичні матеріали тощо.
- укладаються рекомендаційні списки, інформаційні видання та бібліографічні покажчики. Серед них: Бюлетені нових надходжень, рекомендаційні списки літератури з навчальних дисциплін, які доступні в Репозитарії університету та на вебсайті бібліотеки.
- проводиться ретроспективний пошук наукових праць викладачів ЗДМФУ.
- виконується перевірка відповідності ключових слів до публікацій професорів, викладачів й аспірантів ЗДМФУ рубрикатору MESH (Medical Subject Heading). Це тезаурус англomовної текстової бази даних медичних і біологічних публікацій PubMed. Відповідність ключових слів рубрикатору полегшує пошук публікацій англomовними користувачами, тим самим просуваючи наукові праці вчених ЗДМФУ в англomовне середовище.

Один із ключових етапів становлення та розвитку молодих викладачів – це оволодіння ними навичками підготовки та оформлення навчально-методичних видань. Регулярно, в рамках «Школи молодого викладача», проводяться заняття, спрямовані на активізацію професійного росту молодих викладачів університету, зокрема висвітлено тему «Загальні вимоги до оформлення навчальних та навчально-методичних видань», з урахуванням вимог ДСТУ та методичних рекомендацій МОЗ України. Окрім того, звернено увагу на правила використання електронних ресурсів бібліотеки для формування рекомендаційних списків, з акцентом на сучасні бібліотечно-інформаційні сервіси.

Бібліотека ЗДМФУ інтенсивно впроваджує цифрові технології з метою розширення свого інформаційно-бібліографічного сервісу. Здійснюється інформаційний супровід професорсько-викладацького складу, аспірантів, магістрів та докторантів. Інформація щодо дистанційного обслуговування та доступних послуг надається на сайті бібліотеки, де велика увага приділяється популярній серед користувачів послугі отримання УДК, авторського знаку та ключових слів. Ці заходи сприяють покращенню доступу до інформаційних ресурсів та взаємодії з користувачами в онлайн-середовищі, що відображає стрімке розвиток інформаційних сервісів у сучасному бібліотечному середовищі.

Усі аспекти взаємодії з бібліотекою ЗДМФУ в контексті наукометричних баз даних, інституційного репозитарію та бібліографічних послуг покликані сприяти підвищенню рівня наукових досягнень аспірантів, науковців та викладачів університету. Ця інтеграція відкриває нові можливості для покращення наукового процесу та підтримки дослідницької спільноти.

МІСЦЕ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ У ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНЬОГО МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

*Федько Ольга Юрійвна
к.філол.н., ст.викладач кафедри культурології та українознавства,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Комунікативна компетентність є важливим елементом підготовки будь-якого спеціаліста, який працюватиме у системі «людина-людина», особливо у часу переживання колективної травми, загострення психологічних проблем та постійного стресу, пов'язаного з повномасштабною війною. Однак особливого значення формування культури спілкування має для майбутнього медичного працівника, адже для того, щоб пацієнт відверто розповів лікареві про інтимні подробиці свого стану та довірливо виконував рекомендації, необхідно встановити щирий міжособистісний контакт. На значенні навичок спілкування у професійній діяльності лікаря і необхідності сприяти їх розвиткові наголошували такі вчені, як Н. Бількевич, Н. Галіяш, І. Гуменна, В. Дроненко, І. Кіт, Н. Петренко, А. Пришляк, С. Яворська та ін.

Узагальнюючи думки дослідників, В. Дроненко визначає комунікативну компетентність як «засновану на комунікативних здібностях, вміннях і знаннях, інтелектуально й мотиваційно обумовлену соціально-професійну характеристику, що дозволяє лікарю самостійно й відповідально реалізовувати ефективні й адекватні комунікативні дії в конкретних ситуаціях міжособистісної взаємодії [2, с. 41]. Для медичного працівника важливо вміти ініціювати спілкування, з перших хвилин викликати довіру і повагу, зібрати і систематизувати інформацію, пояснити порядок проведення і необхідність діагностичних та лікувальних процедур, враховувати індивідуальні особливості пацієнта, його психоемоційний стан і обирати відповідні комунікативні методики. До складових комунікативної компетентності лікаря традиційно зараховують «комунікативний

самоконтроль, толерантність, емпатію, вміння встановлювати контакти, вміння слухати, уважність, відкритість, низьку конфліктність, бажання допомогти й орієнтацію на соціальну користь, прагнення до співпраці» [2, с. 41].

У зв'язку з панівною у сучасному світі тенденцією до диджиталізації, зменшується необхідність усного вербального спілкування у різних сферах життя: чати, сайти і чат-боти дозволяють економити час, уникати непорозумінь і «виходу із зони комфорту», а у сфері обслуговування – сприяють ергономії. Водночас, зменшується кількість «тренувальних майданчиків» для офіційного усного спілкування, тому особливо важливо у процесі навчання звертати увагу майбутніх медиків на вміння будувати власне висловлювання, а також ораторські здібності. Звісно, значною мірою на формування їхньої майбутньої моделі спілкування з хворими має досвід отриманий від обсервації взаємодії викладачів і старших колег з пацієнтами, однак загальні принципи міжособистісної комунікації розглядаються вже на перших курсах навчання під час вивчення дисциплін гуманітарного циклу, зокрема «Української мови (за професійним спілкуванням)».

Окрім опрацювання і обговорення відповідної теоретичної бази (на заняттях з теми «Особливості українського мовленнєвого етикету. Комунікативні ознаки культури мовлення. Мовленнєвий етикет медичного працівника», «Публічний виступ та його жанри»), студенти мають можливість випробувати і вдосконалити свої ораторські здібності, виголошуючи впродовж курсу доповіді на запропоновані теми і аналізуючи виступи своїх колег. Найбільш активні долучаються до роботи наукового гуртка і готуються до публічного виступу на студентських конференціях. Працівниками ЗВО розробляються і впроваджуються різноманітні елективні курси («Психологія спілкування», «Теорія і практика професійної мовної комунікації», «Тренінг спілкування» тощо), покликані запевнити безперервний процес удосконалення комунікативних навичок на різних курсах.

Важливим стимулом розвитку комунікативної компетентності для студентів стало повернення усної частини іспиту, на якій необхідно надавати розгорнуті відповіді на запитання, контролювати послідовність і логічність викладу матеріалу, вміти імпровізувати та відповідати на запитання. Так, усний іспит з «Української мови (за професійним спілкуванням)» передбачає комплекс завдань, покликаний як виявити знання і вміння дотримуватися мовних норм (зокрема, правильне утворення відмінкових форм, усталених словосполучень і їх вживання), так і рівень ораторської майстерності (структуроване, логічне монологічне мовлення на одну із дискусійних медичних тем). Студенти відпрацьовують навички будувати власне висловлювання, оперувати фактами і наводити аргументи, систематизувати й узагальнювати інформацію і на її базі формулювати власні висновки.

Технічний прогрес змінює процес взаємодії медичних закладів та хворих. Так, автоматизований запис до лікаря на сайті або за допомогою чат-боту вже став константою медичної сфери, а з метою оптимізації обслуговування здійснюються спроби залучати ШІ до збору і опрацювання персональної інформації. Однак беззаперечним є той факт, що ефективність роботи лікаря і його професіоналізм визначає результативність його взаємодії з пацієнтом, здатність медичного працівника доступно донести інформацію, створити доброзичливе враження і переконати у необхідності виконання рекомендацій. Подібний високий рівень комунікативної компетентності потребує не лише використання закладених з дитинства етикетних формул та дотримання норм літературної мови, але й постійного розвитку навичок психолога і оратора. Завданням ЗВО є не лише ознайомити майбутніх медичних працівників з особливостями культури професійного спілкування, але й створити умови для формування звички до самовдосконалення і публічних виступів.

Список використаних джерел

1. Галіяш Н., Бількевич Н., Петренко Н. Формування комунікативної компетентності як фундаментальної складової професії лікаря. *Медична освіта*. 2019. № 2. С. 67–74.
2. Дроненко В. Дослідження комунікативної компетентності майбутніх лікарів. *Медична освіта*. 2018. № 4. С. 41–47.

ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ ЗДОБУВАЧІВ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ У ДИСТАНЦІЙНОМУ ФОРМАТІ В УМОВАХ ВІЙНИ

*Фурик Олена Олександрівна,
к.мед.н., доцент кафедри інфекційних хвороб,
Рябоконт Олена Вячеславівна,
д.мед.н., професор, завідувач кафедри інфекційних хвороб,
Оніщенко Тетяна Євгенівна,
к.мед.н., доцент кафедри інфекційних хвороб,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Реформування в системі охорони здоров'я України ще у перед карантинні часи дозволило застосувати дистанційні технології при наданні кваліфікованої медичної допомоги у форматі телемедицини чи онлайн – консультацій. Карантин, що був обумовлений COVID-19, та сьогоденний воєнний стан підтвердили можливість такого формату надання медичних послуг. Проте, якість медичної допомоги залежить від багатьох факторів і, перш за все, від кваліфікації лікарів, професійна підготовка яких починається ще з переддипломного етапу. Безсумнівно, постало актуальне питання трансформації форми підготовки майбутніх лікарів із застосуванням сучасних інформаційних технологій, при цьому якість надання освітніх послуг не мала відрізнитися від форми навчання, ані традиційної, ані дистанційної [5, с. 47].

В умовах надскладної ситуації, що склалася в державі, організація якісного освітнього процесу у Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті була реалізована завдяки сучасним дистанційним, а саме засобам MS Forms та MS Teams пакету Office 365 за змішаною формою навчання з повною візуалізацією у синхронному онлайн режимі [6, с. 304; 4].

Треба зазначити, що в Україні перші кроки в розвитку дистанційної освіти були зроблені наприкінці 90-х, коли у лютому 1998 р. Верховна Рада прийняла Закон України «Про національну програму інформатизації» [2], в якому формулювались завдання з інформатизації освіти та визначались напрямки їх реалізації. При цьому «Під дистанційним навчанням розуміється індивідуалізований процес набуття знань, умінь, навичок і способів пізнавальної діяльності людини, який відбувається в основному за опосередкованої взаємодії віддалених один від одного учасників навчального процесу у спеціалізованому середовищі, яке функціонує на базі сучасних психологопедагогічних та інформаційно-комунікаційних технологій» [3].

Неможливо не зазначити, що, нажаль, дистанційний формат навчання на клінічних кафедрах унеможливує роботу студентів із пацієнтами. Саме тому, залишається актуальним застосування в освітньому процесі Body Interact – інтерактивного симуляційного обладнання, обговорення клінічних кейсів, багаторівневих ситуаційних завдань та ін. для формування навичок клінічного мислення. Адже формування клінічного мислення складний творчий процес, який ґрунтується не тільки на надбанні теоретичних знань, а й міждисциплінарному їх розумінні, застосуванні у певних клінічних випадках з наступним аналізом та прийняттям певних висновків. При цьому викладач має чітко усвідомлювати, що тільки від його високих професійних, педагогічних та методичних кваліфікацій залежить комунікативна складова професійних компетентностей майбутнього лікаря.

Треба зазначити, що сьогоденні здобувачі медичної освіти залучені до опанування найсучасніших інноваційних інформаційних технологій, у тому числі не виключені спроби використання ChatGPT зі штучним інтелектом під час підготовки до теоретичної складової дисциплін. Постає проблемне питання, відповідь на яке ми маємо на меті висвітлити у наступних публікаціях: чи доречно використання штучного інтелекту в освітньому просторі при підготовці медичних фахівців? Адже до літературно-наукових даних, комп'ютерно - інформаційний прогрес із втіленням штучного інтелекту в медицині стає перспективною складовою сучасної охорони здоров'я [1, с.1].

Висновки: здобування медичної освіти у дистанційному форматі в умовах війни стане основою для підготовки конкурентоспроможних фахівців, які володіють інформаційними технологіями та будуть здатні опанувати будь які сучасні інноваційні електронні реформи в системі охорони здоров'я України. Проте, з іншого боку, маємо пам'ятати про проблемні аспекти формування таких компетентностей, як клінічне мислення та комунікативна складова при підготовці майбутніх лікарів.

Список використаних джерел

1. А.А. Висоцький, О.О. Суріков, С.В. Василюк-Зайцева Розвиток штучного інтелекту в сучасній медицині. УКР. МЕД. ЧАСОПИС, 2 (154) – III/IV 2023. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.154.241221
2. Закон України «Про національну програму інформатизації» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/74/98-%D0%B2%D1%80>
3. Про затвердження Положення про дистанційне навчання : наказ Міністерства освіти і науки України від 25 квітня 2013 р. № 466. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0703-13> (дата звернення: 10.06.2019).
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.
5. Фурик О.О., Рябоконт О.В., Оніщенко Т.Є. та ін. Можливості використання сучасних інтерактивно-освітніх технологій у галузі медичної освіти. Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору, 2019, 84, 302-310. DOI: <https://doi.org/10.38014/osvita.2019.84.00>
6. Фурик О.О., Рябоконт О.В., Рижов О.А. та ін. Сучасні дистанційні технології при підготовці майбутніх лікарів / Актуальні питання дистанційної освіти та телемедицини 2020 : матеріали Всеукраїнської науково-методичної відео конференції з міжнародною участю (19-20 листопада 2020 року, м. Запоріжжя). – Запоріжжя 2020.

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЗДМФУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

*Юрко Анастасія Олегівна,
здобувач першого рівня вищої освіти,
Сердюк Дмитро Георгійович,
канд.фіз.вих., доцент ЗВО кафедри ФРСМФВіЗ,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

В умовах пандемії COVID-19 та впровадження воєнного стану в Україні дистанційна та змішана форма навчання стали 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 фізичних терапевтів. На теперішній час розвиток інформаційних технологій та інноваційних засобів комунікації відкривають можливості для створення нових форм та підходів до медичного навчання [2].

Важливим аспектом успішного навчання є створення психологічної атмосфери, що сприяє позитивній емоційній налаштованості як для викладачів, так і для здобувачів вищої освіти. Зокрема, в умовах воєнного часу, коли на фоні вибухів, новин з фронту та втрат близьких набувається складний досвід, важливо враховувати реакції психіки від тимчасових стресів до серйозних травм. Кожна особа в цих умовах потребує психологічної підтримки, особливо в контексті освітнього процесу. Викладачі, які є ключовими фігурами в житті здобувачів вищої освіти, повинні бути особливо уважними до психологічних потреб своїх підопічних.

Технічні проблеми дистанційної освіти зумовлені використанням технічних можливостей для зв'язку викладача та студентів під час проведення практичних, лабораторних занять та лекційного курсу. Для роботи зі студентами на дистанційному навчанні необхідний швидкісний інтернет у різних регіонах країни гарної якості [3].

Методичні проблеми проведення дистанційної та змішаної форми надання освітніх послуг також є не простими та їх кілька. Привертає увагу відсутність цифрової взаємодії, так як недостатній досвід якісного сприйняття студентів, участь у дискусії та обговоренні конкретної теми.

Складною проблемою є підтримка концентрації уваги студентів при їх знаходженні поза навчальною обстановкою, найчастіше в домашніх умовах, протягом досить тривалого часу одного заняття (від 2 академічних годин).

При дистанційних умовах викладання стає більш складним процес взаємодії студентів та викладачів/кураторів груп після навчального часу. При навантаженні, де одночасно на тиждень із викладачем (завідувач кафедри, професор, доцент, викладач) займається від 100 студентів та більше, надзвичайно складно організувати додаткове спілкування зі студентами на відстані. Технічно зробити це можливо, але у дійсності це створює безліч проблем [2]

Щодо особливостей проведення навчання в умовах воєнного часу можна зазначити, що:

- у воєнний час проводити навчальні заняття доцільно шляхом впровадження та органічного поєднання форми дистанційної та змішаної форми навчання.
- враховувати психологічний стан учасників освітнього процесу, слід звернути увагу на опрацювання механізмів їх реінтеграції у навчальний процес
- при потребі та з метою залучення більшої кількості учасників освітнього процесу можна використовувати асинхронну форму викладання (індивідуалізувати навчальні плани, враховувати готовність та можливості студентів з урахуванням умов навчання під час війни).
- проводити практичні заняття з залученням різноманітних технічно-логічних підходів для підвищення залученості студентів у навчальний процес [3].

Отже, проблеми медичної дистанційної освіти в умовах війни належать до

- серйозних викликів, які вимагають негайної уваги та розв'язання. Обмежені можливості практичної підготовки, технічні труднощі, емоційне та психологічне
- навантаження, недостатня взаємодія з викладачами та необхідність адаптації навчальних програм становлять складну картину, яка впливає на якість освіти медичних фахівців.

Список використаних джерел

1. Биков Г. Ю. Інновації в організації досліджень та розробок у галузі інформаційно комунікаційних технологій в освіті у світлі викликів ХХІ сторіччя. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Т. VIII: Психологічна теорія і технологія навчання. Випуск 10. 2019. С. 55-74.
2. Куновський В., Лаба О., Куновська Л. Освіта в умовах війни: особливості дистанційного навчання та викладання медичних дисциплін. Матеріали конференцій МЦНД 26.08. 2022; Чернівці, Україна. 2022. С. 398-400.
3. Кучин Ю.Л., Лимар Л.В. Основні принципи організації дистанційного навчання медиків. Медична освіта. 2020. № 1. С. 17-37.

СЕКЦІЯ 8. МЕДИЦИНА В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВІЙНИ

ДІТИ БОМБОСХОВИЩ

*Боярська Людмила Миколаївна
кандидат медичних наук, професор,
завідувачка кафедри дитячих хвороб,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Війна лягає важким тягарем на плечі народу і її наслідки жахливі... вони призводять до руйнування кожної держави.

«Жодна держава не повинна шляхом насильства втручатися в політичне будівництво і управління інших держав. Втручання сторонніх держав означає порушення прав незалежного народу» (Кант). Ці ідеї німецького філософа у наш час є надзвичайно актуальними. Це передусім стосується України, яка зазнала агресивного нападу з боку Росії, що є фактичним втручанням в політико-державне будівництво і суверенітет України. Всесвітня організація охорони здоров'я закликає до захисту дітей у збройних конфліктах. За її даними 10% людей, які пережили травматичну подію, пізніше матимуть симптоми психологічної травми, 10% демонструватимуть поведінкові зміни або психологічні розлади, які стануть перешкодою для повноцінної участі в повсякденному житті (найпоширенішими розладами є тривожний розлад, депресія і психосоматичні розлади).

Рятуючи свої життя, сім'ї з дітьми вимушені ховатися від постійних артобстрілів та авіаударів у сховищах, підвалах, на станціях метро та підземних паркінгах. Холодні, вогкі, темні приміщення,

не призначені для тривалого в них перебування, стали прихистком для багатьох українських дітей. Під землею вже понад рік малеча часто проводить свої дні без доступу до гарячого харчування, медикаментів та навчання. Для багатьох із них мрією стало побачити сонячне світло. Дитинство у сховищі породжене страхом призводить до того, що діти значно частіше, ніж їх однолітки без досвіду перебування на війні, страждають від таких проблем як:

- тривожний розлад,
- посттравматичний стресовий розлад (ПТСР),
- депресія,
- дисоціативні розлади (добровільна соціальна ізоляція, деперсоналізація, дереалізація, небажання розмовляти, кататонічний синдром),
- поведінкові розлади (зокрема агресія, асоціальна і злочинна поведінка, схильність до насильства), а також
- схильністю до зловживання алкоголю і наркотичних засобів.

Вплив війни та збройних конфліктів асоціюється з високим умовним ризиком ПТСР у дітей. Мета-аналіз дітей, які постраждали від війни, повідомив про загальний рівень поширеності посттравматичних стресових розладів у 47 %.

Отже, довготривалий вплив насильства на дітей підвищує ризик розвитку багатьох і нерідко тривалих форм фізичної, психологічної та соціальної дезадаптації.

Останні психологічні дослідження показують, що, попри нелюдські умови, діти мають величезний потенціал життєстійкості, що дозволяє їм вирости та стати повноцінними індивідами всупереч отриманим психологічним травмам.

Дослідники визначили кілька захисних механізмів, найважливішими серед яких є ефективні стратегії подолання труднощів, позитивна система переконань, здорові сімейні стосунки та дружба.

Мабуть, усі українські батьки сьогодні замислюються, як усе те, що бачить, чує, переживає протягом цієї війни їхня дитина, відіб'ється на її подальшому житті. З одного боку, стрес може бути дійсно руйнівним. У нещодавній публікації *European Child and Adolescent Psychiatry* йдеться про серйозний вплив війни на дітей: підвищення ризику розвитку ПТСР (посттравматичний стресовий розлад), депресії, тривожних станів, широкі наслідки для здоров'я в цілому.

З іншого боку, психологи радять не впадати у відчай через "вкрадене" дитинство. Батьківська любов та обізнаність, як діяти, здатні створити сприятливу атмосферу, яка буде сильнішою за всі жахи війни.

ВІЙНА ВБИВАЄ ДІТЕЙ І ЇХ ПРАВО НА ДИТИНСТВО

Овчаренко Леонід Сергійович

Заслужений діяч науки і техніки України

д.м.н., професор кафедри дитячих хвороб

Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

Дитинство визнається як найважливіший, унікальний та неповторний період у розвитку особистості. Саме в цей час людина потребує особливої уваги та захисту. Дотримання принципів стосовно ставлення до дітей, розуміння їхніх проблем, інтересів і потреб, а також рівень захисту прав дитинства має вирішальне значення як для індивідуального благополуччя кожної дитини, так і для розвитку суспільства в цілому. Ключовим документом, спрямованим на захист дітей, є Конвенція про права дитини, яку прийняла Організація Об'єднаних Націй. З часу ратифікації Конвенції про права дитини, Україна значно просунулася як на шляху вдосконалення нормативно-правової бази, покликаної забезпечити виконання положень Конвенції ООН про права дитини, прав людини і основоположних свобод. Конституція України гарантує рівність у правах дітей незалежно від походження, а також від того, народилася вона в шлюбі чи ні. Будь яке насильство над дитиною та її експлуатація переслідується законом.

Ще наприкінці двадцятого століття правозахисниця Граса Машел підготувала детальну доповідь Організації Об'єднаних Націй про вплив збройних конфліктів на дітей, у якій закликала ширше визнавати порушення прав дітей і молоді та впровадити захисні заходи в зонах бойових дій. В мирній невоюючій країні такій як Україна до 2014 року і особливо до початку 2022 року пріоритетним напрямком захисту дітей був комплекс визнаний на законодавчому рівні, спрямований на протидію насильства у сім'ї і т.п.

Виділяли три основні моделі: -це психопатична модель, що центрується на схильності до насильства дорослих (алкоголь, наркотики, низька самооцінка, комунікативна некомпетентність, соціальна ізоляція, соціальні, психологічні, психіатричні проблеми, депресивність, відсутність самоконтролю, суїцидальні схильності, агресивність, рання вагітність матері та ін.).

Соціальна модель, що пояснює насильство зовнішніми (соціальними) чинниками і умовами, такими як бідність, низький рівень доходів, безробіття, соціальна ізоляція і закритість сім'ї, перенаселеність, низький освітній і культурний рівень і т.п;

Психосоціальна модель або моделі, котрі прагнуть інтегрувати психологічні і соціальні чинники насильства. У даних моделях чинники насильства поділяються на структурні, ситуативні і комунікативні, причому саме комунікативні чинники є ключовими і визначаючими прояви насильства проти дитини. Особливості соціальних подій їх взаємодія є або «інгібітором», або «каталізатором» дії структурних і ситуативних чинників насильства.

Однією з таких подій -є війна. Пані Машел попередила, що динаміка війни змінилася, перетворивши цивільне населення на явні й безпосередні мішені збройних нападів. Війни все частіше ведуть в межах однієї країни, а не між кількома країнами. Війна приносить з собою страх, розчарування, самотність і безвихідь, біль і страждання від голоду. Конфлікти нерідко затягуються що ми і маємо в Україні, тому цілі покоління змушені рости в зонах бойових дій або бути переселенцями. Політичні та воєнні еліти загарбників зазвичай збагачуються коштом війни, змагаючись за владу та ресурси, що сприяє зростанню рівня бідності та структурного насильства щодо цивільного населення і дітей, особливо в країнах які підпали під напад.

Кількість біженців чи примусово переміщених у межах однієї країни людей щодня зростає, що змушує розвинені країни включати це питання до порядку денного. В умовах ведення бойових дій діти є найуразливішою групою. За межами безпечного середовища, де захист дітей є пріоритетом, їм загрожують усі вищезгадані наслідки збройних конфліктів. Переміщення, втрата домівки й членів родини, а також розлука з батьками, від яких залежить їхнє виживання, мають довготривалий вплив на процеси розвитку та дорослішання, може бути відчутним навіть в дорослому віці.

Оскільки дитячий організм усе ще розвивається, війна становить серйозну загрозу як для фізичного, так і для психічного здоров'я дітей. У зоні бойових дій діти гинуть, зазнають катувань і отримують серйозні травми, що можуть призвести до інвалідності. Нерідко дітей змушують стати солдатами, що збільшує ризик травмування та завдання шкоди іншим. Брак їжі, особливо серед збіднілого населення, призводить до недоїдання та ослаблення імунної системи. Погані житлові та санітарні умови сприяють розповсюдженню інфекційних захворювань. Нестача медикаментів, медичного персоналу і якісних медичних послуг збільшують рівень смертності та показники захворюваності. Багато дітей втрачають батьків, братів і сестер, друзів і родичів. Діти які стали сиротами, часто змушені жити на вулиці, де ризик почати вживати наркотичні засоби, курити цигарки, вживати алкоголь значно вищий.

На превеликий жаль, за 18 місяців повномасштабного вторгнення «рашистів» в нашу країну ми маємо дуже сумну статистику, статус постраждалих від війни одержали 33000 дітей. За даними ЮНІСЕФ, фундації Save the Children, офісу генерального прокурора України-поранено 1146 дітей, загинула 541 дитина.

Під час російського вторгнення в Україну у 2022 році «ерефія» примусово переселила тисячі українських дітей на підконтрольні їй території, надала їм російське громадянство, примусово усиновила їх у російські сім'ї та створила перешкоди для воз'єднання дітей з рідними на батьківщині. Українські діти були викрадені російською державою після того, як їхніх батьків заарештувала окупаційна влада чи вбили під час вторгнення, або після розлучення з батьками в зоні активних бойових дій. Дітей також викрадають з українських державних установ на окупованих територіях та через дитячі «літні табори» на російській території. Викрадені діти були піддані русифікації. Виховання дітей війни в чужій нації та культурі може становити акт геноциду, якщо має на меті стерти їхню національну ідентичність.

Кількість депортованих дітей до Росії коливається від 19592 до 307000, а як свідчать матеріали надані військовою злочинницею Львовою-Біловою з початку повномасштабного вторгнення РФ в Україну було вивезено понад 700 тисяч дітей.

Висновок слідчої комісії ООН, Міжнародне гуманітарне право забороняє евакуацію дітей стороною у збройному конфлікті, за винятком тимчасової евакуації, якщо цього вимагають вагомі причини, пов'язані зі здоров'ям або медичним обслуговуванням дітей або винятком окупованої території, їхньою безпекою. Потрібна письмова згода батьків або законних представників. У жодній із ситуацій, які розглядала Комісія, передача дітей, здається, не відповідала вимогам, встановленим міжнародним гуманітарним правом. Перевезення не було виправдано міркуваннями безпеки або медичними міркуваннями. Комісія дійшла висновку, що розглянуті нею ситуації щодо передачі та депортації дітей в межах України та до РФ відповідно порушують міжнародне гуманітарне право та становлять воєнний злочин.

ДИТИНА В ЧАСИ ГОЛОДОМОРУ ДО СЬОГОДЕННЯ. ЕТИЧНИЙ ВИМІР СУСПІЛЬСВА

*Котлова Юлія Валентинівна,
кандидат медичних наук,
доцент кафедри дитячих хвороб ННІПО,
Мазур Вікторія Іванівна,
кандидат медичних наук,
доцент кафедри факультетської педіатрії,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Анотація. Діти в суспільстві – найуразливіша його частина, залежна від дорослих в усіх проявах життєдіяльності. Морально-етичною нормою сучасного соціуму є дитино-центризм. На протилегу тоталітарний режим, його цинічна пропаганда найжорстокішими засобами працює на знищення, геноцид українського суспільства, використовуючи чи спланований штучний голод на найплодючих землях, відбираючи хліб, чи розпочинаючи воєнне повномасштабне вторгнення, знищуючи цивільне населення. Страждання, знищення дітей в таких умовах неминучі. Відсутність морально-етичних норм в суспільстві має руйнуючі наслідки для всього світу, є злочинними та ганебними за світовими загальнолюдськими моральними цінностями. Відповіді на питання «яке відношення суспільства до дітей та дитинства?», не лише задекларованих, а працюючих безпосередньо щодня у житті кожної дитини – є компасом етичного виміру суспільства. Вже зараз доцільні серйозна система відновлення дітей, які пережили будь-які травми війни на знищення, постраждалих родин, їх реабілітація та адаптація. Але не менш важливим є розуміння суспільства про ціну забуття та нерішучого замовчування злочинів цілої ганебної системи, визнання наслідків легковажного відношення до буття і це є складові морально етичного виміру сьогодення.

Ключові слова. Діти, Голодомор, повномасштабне вторгнення російського агресора, Права дитини.

Теза, що відношення до дітей є чутливим індикатором соціальної зрілості та морально-етичного розвитку суспільства, не викликає жодного сумніву особливо в українському сьогоденні. Ідея започаткована шведською громадською діячкою Еллен Кей з перших років ХХ століття, коли вона наголосила про початок «Століття дитини», століття підтримки та захисту дитинства для процвітання і розвитку суспільства [1]. Розвиток цього починання на глобальному законодавчому рівні був підтриманий Лігою Націй, коли в 1924 році прийняли Женевську Декларацію гарантій прав дитини, за якою «людство зобов'язане дати Дитині найкраще, що у нього є», лише через сам факт, що вона є Дитиною [2].

Через ідеологію тоталітарного режиму та цинічну пропаганду, які панували у пострадянському суспільстві, лише за вісім десятирок років поспіль ми голосно на весь світ визнали чорні дні знищення людського життя, зокрема життя дітей, які зазнала Україна, назвавши його ім'я – Голодомор, найстрашніша трагедія ХХ століття. Південь України, в локації Запорізької області, зазнали його початок на 10 років раніше, але вінцем терору голодом для хліборобів Степової України стали 30ті роки [3].

В цей час в м. Запоріжжі для догляду за діточками-сиротами, немовлятами, покинутими знесиленими та вмираючими від голоду батьками, був створений притулок, який нажал, став таким же безчесним місцем знищення дітей державною системою. Місце, де «етичною нормою» по відношенню до дитини стало лише питання дозволу на життя. Це в роки, коли вже було декларовано – «Дитина перша повинна отримувати допомогу під час лиха... Голодна дитина повинна бути

нагодована; хвора дитина повинна отримати допомогу; сироті чи безпритульній дитині повинен бути наданий притулок і догляд...» [2].

Ми мали мету дослідити причини смерті дітей в сиротинці в період 1932-1933 рр. за книгами Реєстрації Актів цивільного стану про смерть Сталінського району м. Запоріжжя. Роботу проводили в Державному архіві Запорізької області. За цей період зареєстровано 1720 смертей дітей Сталінського району м. Запоріжжя.

Серед загиблих діточок сиротинця більшість (60%) була до 1 року життя, а саме немовлята першого півріччя (88%) (рис.1)

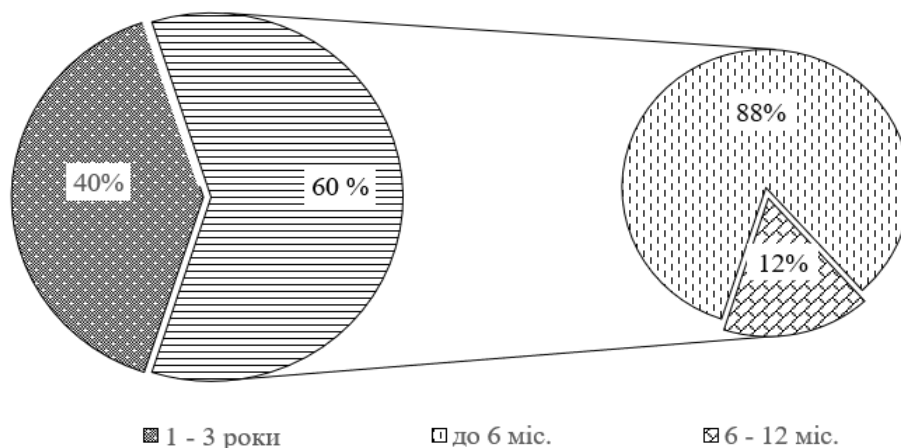


Рисунок 1. Вікові характеристики дітей, померлих в сиротинці

Звертало увагу на значну кількість 788 (46%) записів актів смерті дітей саме в дитячому сиротинці – державному закладі для утримання малюків молодшого віку, які залишилися без батьків. Майже кожний п'ятий з усіх померлих (4575 людей) був дитиною з сиротинця.

Найстрашніші дні зареєстровані наприкінці липня – це 20-23.07.1933 р. Серед 360 виписаних свідоцтв про смерть 150 (42%) документів були виписані саме дітям, якими мав опікуватися державний заклад сиротинець. І якщо напочатку 1932 року в причинах смерті були зазначено «істощеніє», «кахексія», «гіпотрофія до кісток», «гострий безбілковий набряк», то за рік причини смерті стали маскувати під кишкові інфекції або під катар кишок, або під диспепсію.

Порівняння причин смерті між немовлятами сиротинця та міськими дітьми, що зростали в родині, наочно демонструє, що «звичайні» дитячі хвороби при відсутності антибактеріальної терапії, вакцинації, безумовно, забирали життя немовлят. Але жакливі «істощеніє», «кишкова інфекція», як маска-еквівалент «гіпотрофії до кісток» значно превалювали саме у діточок сиротинця (рис.2). Місто не потерпало від голоду, робочі, які працювали над масштабною індустріалізацією, створенням могутнього металургійного комплексу м. Запоріжжя, отримували пайки, тоді як села з відібраною їжею блокувалися охороною [3].

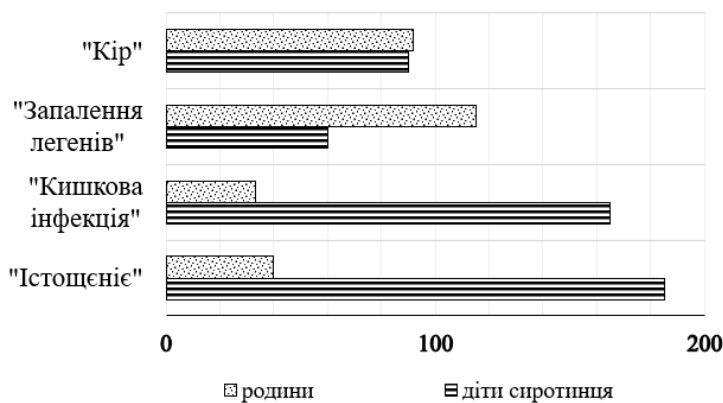


Рисунок 2. Порівняння причин смерті дітей-мешканців сиротинця та дітей, зростаючих в родині

Оцінка трагедії Голодомору з позиції етичних норм в сьогоденні не викликає сумніву у цілеспрямованій жорстокості, безлюдності, безпощадності для знищення людського життя, відбираючи навіть крихти їжі. Ці події замовчували навіть за перше десятиліття незалежної України, хоча були живі свідки, документальні та фізичні докази [3]. Час істини прийшов завдяки наполегливій кропіткій роботі істориків, краєзнавців, політиків, дослідників-аматорів, небайдужих людей. З точки зору морально-етичних норм сучасних світових суспільств ХХІ століття надана оцінка, підтримка визнання геноциду українського народу. Але не всіма... Система, що знищувала, залишилась у географічних сусідів. Стає зрозумілим, що ми зробили замало, щоб знати, розуміти, мати можливість дати суспільний опір ворожим інформаційним нарративам.

Зараз очевидно, що події 30 років минулого століття були початком неоголошеної війни... Терор повернувся в ХХІ столітті, гібридною війною, анексією територій, вогнем та ракетами, повномасштабним вторгненням війни на знищення. Діти залишаються найуразливішою частиною суспільства, стають безпосередніми жертвами воєнних дій, викрадаються та примусово переміщуються ворогом, розлучаються з родиною, втрачають батьків, зазнають глибоких психологічних травм, мають перерви та складнощі з освітою, з медичною допомогою, зі всім тим, що має назву Дитинство. Ми всі свідки знущань, вбивств, катувань, сексуального насильства над дітьми, Україна знов переживає морально-етичний виклик - питання дозволу на життя, яке проектує до міжнародних співтовариств, що продовжують розвивати дитино-центричний конструкт свого розвитку та не повинні бути терпимі до проявів жорстокості до дітей, до їх родин. Права дітей закріплені Конституцією України, державними Законами, Кодексами, які мають виток та пов'язані з правовими стандартами Європи, міжнародним Гуманітарним правом. Це - не папірці, вони працюють, але при всьому масштабі трагедії, під час бомбардувань мирних українських міст та селищ, на окупованих територіях не можна гарантувати безпеки жодній дитині в Україні. Вони всі мають та будуть мати стигми війни, незважаючи на передбачені норми міжнародного права щодо захисту прав цивільного населення, зокрема дітей. З'явилась нова масштабна морально-етична, економічна, політична проблема «дітей-війни», але не II світової, а сьогоденної - з російським агресором. Незважаючи, що ми знаходимося ще далеко від перемоги над ворогом, вже зараз доцільне серйозне відпрацювання етичних норм відновлення дітей, які пережили будь-які травми, та постраждалих родин, їх реабілітація, адаптація.

Морально-етичні принципи не є сталими, мають динамічний розвиток під впливом змін не лише в культурно-релігійній площині, вирішальними є зміна соціально-політичних, економічних, технологічних, наукових процесів в суспільстві. А в інформаційному просторі ХХІ сторіччя формуються мега впливом медіа простору, інформаційних і телекомунікаційних технологій. Чи не замало були використані ці можливості для того, щоб кожна людина в Україні не просто знала про лихоліття України, трагедію Голодомору і не лише Голодомору. Щоб відчувала морально-етичну відповідальність перед пам'яттю безвинних жертв, смерть, яких була попередженням наступним поколінням про небезпеку. Але нові маски та технології злочинної системи спотворили історію для декількох поколінь, приспали національну пам'ять та відповідальність, формували легковажне відношення до буття, знецінюючи природність емпатії та щирості людей.

Маємо змогу спостерігати, що соціально-політичні зміни в соціумі можуть взагалі ліквідувати будь-які етично-моральні принципи в більш ніж стомільйонному суспільстві, регулюючи поведінку населення, впливаючи на прийняття рішень, дії, які є злочинними та ганебними за світовими загальнолюдськими моральними цінностями.

Щоб зрозуміти еволюційний напрямок розвитку етично-моральних норм, знаходячись в середині соціуму, щоб орієнтуватися у відповідності напрямку їх розвитку загальнолюдським етично-моральним принципам без маніпуляцій, викривлень та підмін понять, найкраща перевірка – це відповідь на питання: «яке відношення суспільства до дітей та дитинства?», не лише задекларованих, а працюючих безпосередньо щодня у житті кожної дитини країни, дітей світу, та питання до себе «що зробив та роблю для цього?»

Список використаних джерел

1. Mia Leche-Löfgren Ellen Key: Hennes liv och verk. Natur och Kultur (1930) [in German].
2. Geneva Declaration of the Rights of the Child. 26 September, 1924, League of Nations [Електронний ресурс]: UN Documents Gathering a body of global agreements. – Режим доступу <http://www.un-documents.net/gdrc1924.htm>
3. Національна Книга пам'яті жертв Голодомору 1932–1933 рр. в Україні. Запорізька область / Обл. редкол.: Старух О. В., Фролов М. О., Тимченко С. М., Турченко Ф. Г., Тедеєв О. С. Український інститут національної пам'яті; Запорізька обласна державна адміністрація. – Запоріжжя: Дике Поле, 2008. – 1080 с.

ВИКРАДЕННЯ ДІТЕЙ ЯК СКЛАДОВА ГЕНОЦИДУ УКРАЇНЦІВ В УМОВАХ РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ

*Ковтун Наталія Михайлівна,
доктор філософських наук, професор,
завідувач кафедри філософії та політології
Житомирського державного університету імені Івана Франка
Ковтун Юрій Васильович,
кандидат філософських наук,
викладач суспільних дисциплін Житомирського міського ліцею № 1*

Російська агресія проти України у 2014-2024 роках супроводжується цілим кластером найжорстокіших злочинів і людиноненавистницьких практик щодо громадян України. Одним з ключових серед них є викрадення українських дітей російськими військовими і російською цивільною владою з подальшою їх денационалізацією і «стиранням ознак» української національної ідентичності. Подібні практики згідно з міжнародним правом є складовою злочину геноциду. За визначенням одного з фундаторів дослідження цього феномену Рафала Лемкіна геноцид розглядається як «дії, спрямовані проти окремих осіб не через їхні індивідуальні якості, а через те, що вони належали до національних груп» [5, с. 46]. Для подальшого знищення етнічних або національних груп ініціатори геноциду зазвичай надають їм спеціального статусу, який завбачує візуальну ідентифікацію (як-от зірку Давида на одязі), заборону на певні види професійної діяльності (роботу в державних органах, службу у силових структурах), обмеження вільного пересування, а у перспективі закриття у гетто або концентраційних таборах.

Згідно з міжнародним правом, геноцид завбачує не тільки фізичне знищення етнічних або національних груп, а й знищення їх ідентичності і асиміляцію в інших національних групах. Найбільш сприйнятливими для таких практик є діти, насамперед позбавлені батьківського піклування. З часу початку «гарячої» фази російсько-української війни 24 лютого 2022 року на територію РФ було переміщено за визнанням російських офіційних осіб не менше 700 тисяч українських дітей. Уповноважений Верховної Ради України з прав людини Дмитро Лубінець оцінює таку примусову депортацію українських дітей на територію Росії і Білорусі як геноцид, який за міжнародними правовими нормами є воєнним злочином [1]. Такі дії є прямим порушенням правових норм Конвенції ООН «Про запобігання злочину геноциду та покарання» (1948), адже за національним і міжнародним законодавством іноземці можуть усиновити дитину з України лише, маючи попередню згоду нашої держави.

Росія у порушення міжнародних норм обходить ці законодавчі акти, незаконно надаючи українським дітям громадянство країни-агресора. За повідомленням українського МЗС від 30 травня 2022 року президент Росії В. Путін підписав указ про спрощений порядок набуття російського громадянства дітьми-сиротами з України, зокрема тими, які позбавлені батьківського піклування. Окрім цього, було заявлено, що станом на 26 травня 2022 року країна-агресор вже встигла депортувати з території України більше 238 тисяч українських дітей [4]. Для полегшення реалізації цього указу в РФ була введена норма, що усі діти, які проживають на тимчасово окупованій території України, досягнувши 14-річного віку, автоматично отримують російське громадянство. Ці законодавчі акти допомагають Росії як країні-агресору здійснювати примусове переміщення дітей з однієї етнічної групи в іншу, що є прямою ознакою геноцидних практик.

У РФ так само, як і українських військовополонених, дітей-сиріт утримують як заручників, не надають або надають хибну інформацію щодо їх перебування на території країни-агресора. Водночас у вербальній комунікації російських посадовців викрадення дітей-сиріт прикривається словами «порятунок» або «захист». Як один з найбільш красномовних випадків насильницької депортації дітей уповноважений Верховної Ради України з прав людини Дмитро Лубінець наводить приклад 17-річного підлітка Богдана Єрмохіна, якого російські загарбники як неповнолітнього вивезли з Маріуполя до РФ, де поселили у прийомній сім'ї. Неодноразово сам Богдан звертався через ЗМІ до Офісу уповноваженого і Президента України з проханням допомогти повернутися в Україну, зокрема через загрозу бути мобілізованим у російську армію [1]. Перебуваючи на території країни-агресора, Богдан Єрмохін намагався самостійно повернутися в Україну і був затриманий російськими спецслужбами на кордоні. 19 листопада 2023 року через значний міжнародний резонанс РФ змушена була повернути Богдана на батьківщину, де в нього є повнолітня старша сестра та інші родичі.

Українських дітей вивозять до РФ під гуманітарним прикриттям так званої «евакуації», «оздоровлення» або «лікування». Вже неодноразово зафіксовано випадки, коли таке оздоровлення трагічно закінчувалося для самих дітей. Так, 21 грудня 2023 року було повідомлено, що під час «оздоровлення» в Тюмені «померла 12-річна дівчинка з окупованої Луганської області. Ще понад 100 школярів із Луганщини госпіталізовано» [3]. На основі аналізу тисяч випадків викрадення РФ українських дітей Дмитро Лубінець виділив п'ять ключових сценаріїв цього типу воєнних злочинів: примусове переміщення дітей, батьки яких, вбиті на тимчасово окупованих територіях; вилучення дітей з родин після позбавлення батьків батьківських прав за «законами» окупаційної влади; вилучення дітей під час фільтраційних процедур з їх батьками; створення непридатних умов для життя і, як наслідок, примусове вивезення дітей на «оздоровлення»; цілеспрямоване вивезення дітей-вихованців з дитбудинків у повному або частковому складі [1].

Масштаби примусової депортації українських дітей шокували світову громадськість. А тому саме через звинувачення у незаконній депортації українських дітей 17 березня 2023 року Міжнародним кримінальним судом в Гаазі було видано ордери на арешт Володимира Путіна, президента РФ, та уповноваженої президента РФ з прав дитини Марії Львової-Белової. Марія Львова-Белова, свого часу «скромна благодійниця, багатодітна мати й дружина попа РПЦ стала символом окупації, геноциду і практик в стилі нацистських концтаборів» [2]. Апогеєм цих звинувачень стало добровільне зізнання «захисниці дітей» у ЗМІ, що вона особисто «усиновила» підлітка з окупованого Маріуполя. При цьому чиновниця публічно визнала, що РФ вивезла з України більше 700 тисяч дітей і що вона займається «перепрошивкою» свідомості викрадених дітей, які начебто «вже почали краще ставитись до Росії». Через відчуття абсолютної безкарності, імперської зверхності до інших народів та професійної некомпетентності Марія Львова-Белова навіть не усвідомлювала, що прямо зізнається на камеру у вчиненні геноциду щодо українців.

Як вже зазначалося, геноцидні практики завбачують, не лише фізичне знищення інших етносів і націй, а й культурний геноцид у контексті зміни етнічної, національної або релігійної ідентичності. Нагадаємо, що ще у квітні 2022 року Держдума РФ «дискутувала про те, як правильно створювати табори з вивчення російської мови. Мовляв, поцуплені з Донбасу та Півдня діти недостатньо володіють російською мовою аби на 100% освоїти програму російської школи й записатися на курси Юнармії» [2]. За свідченням самих викрадених дітей, яких змогли повернути в Україну, під час депортації вони піддавалися погрозам відправки в інтернати, їм насаджувалися переконання, що від них вже відмовилися батьки або опікуни, що повертатись немає куди, бо українські міста вже начебто знищені і України немає як держави. Задля приховування депортованих і неможливості їх повернення в Україну, викрадених дітей відправляли у найбільш віддалені регіони РФ: Омську, Челябінську, Саратовську області, Тюмень і навіть на острів Сахалін.

Загалом, незважаючи на вже зібрану серйозну доказову базу щодо викрадення Росією українських дітей, Україну чекають серйозні і тривалі судові процеси щодо доведення цих фактів у міжнародних судах. У судових інстанціях слід буде довести, що викрадення дітей є частиною системних геноцидних практик щодо українців, а саме довести, що українці є національною групою щодо якої РФ вчиняє геноцид, що дії РФ мають системний, організований, а не випадковий характер, що є докази знищення або часткового знищення українців як групи, що дії РФ як країни-агресора мали достатній масштаб для знищення українців як національної групи.

Список використаних джерел

1. Лубінець Дмитро. Викрадення українських дітей – це геноцид. 08 травня 2023. URL: https://lb.ua/blog/dmytro_lubinets/554338_vikradennya_ukrainskih_ditey-tse.html (23.01.2024).
2. Марина Данилюк-Ярмолаєва. «Яжемать». Хто така Марія Львова-Белова, православна матушка і подруга Путіна, яка краде українських дітей. *Еспресо*. 3 травня, 2023. URL: <https://espresso.tv/yazhemat-khto-taka-mariya-lvova-belova-pravoslavna-matushka-i-podrug-pulina-yaka-krade-ukrainskikh-ditey> (19.01.2024).
3. Після «оздоровлення» в Росії померла українська 12-річна дівчинка. 21.12.2023. URL: <https://wz.lviv.ua/news/503574-pislia-ozdorovlennia-v-rosii-pomerla-ukrainska-12-richna-divchynka> (10.01.2024).
4. Путін фактично узаконив викрадення дітей з України – МЗС. *Укрінформ*. 31.05.2022. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-ato/3496736-putin-fakticno-uzakoniv-vikradenna-ditey-z-ukraini-mzs.html> (24.01.2024).
5. Чайка І. Ю., Цокур Є. Г. Феномен гібридного геноциду в умовах російсько-української війни 2014-2022 рр. *«Політичне життя»*. 2022. № 4. С. 45–53.

THE MIRROR OF THE TRAUMATIC LIFE EVENTS OF THE UKRAINIAN REFUGEES

*Rita Urbanavičė,
lecturer, PhD student,
Natalja Istomina,
professor, director, Institute of Health Sciences,
Faculty of Medicine, Vilnius University, Vilnius, Lithuania*

Background. Traumatic life events have an impact on an individual's mental and physical health, behavioral changes, and interpersonal relationships. Traumatic experiences during wartime significantly diminish the quality of life, and negative evaluations of life events are associated with post-traumatic and depressive symptoms. This study aimed to identify traumatic life events of vulnerable Ukrainian populations. Identification of trauma is important for determining effective support mechanisms and can contribute to a better understanding of the type of traumas and their potential impact on people's health.

Aim. The aim of the study was to identify the most hurtful or terrifying events faced by Ukrainian refugees.

Methods. A quantitative research method – questionnaire survey using the Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) in Russian. The study presents the results of Part 2 Tile 1 of the HTQ – the most hurtful or terrifying events experienced by the participants. The study involved 364 respondents who had arrived in Lithuania from Ukraine on February 24, 2022, were aged over 19, and had been living in Lithuania for more than four weeks. The survey was conducted from July 28, 2022, to December 1, 2022. The data collected were analyzed using an inductive qualitative content analysis approach. This study has been approved by the Ethical Committee's of the Department of Nursing of the Institute of Health Sciences of the Faculty of Medicine of Vilnius University (No. (1.3)150000-KP-47).

Results. The study included 364 respondents aged between 19 and 86 years. The majority of respondents were women (346 women, 17 men, 1 other gender). 362 respondents came to Lithuania as the first host country. 251 respondents had a high university education, 61 respondents had a secondary and 51 respondents had a college education.

8 of 251 participants' the most hurtful experiences were related to marital violence, loss of relatives a few years ago, deteriorating health due to illness.

209 of 251 participants reported that they had experienced traumatic events related to the war. Participation in military action was the most frequently hurtful and terrifying event, which was detailed as interrogation by the occupiers, evacuation process, decimation of hometown, living under occupation, military action, and natural or unnatural death of family members or friends. Respondents mentioned limited access to health services, lack of pharmaceutical supplies, food and water, and child hunger. Participants also identified the loss of housing and job, and lack of money as one of the most terrible events they experienced. It was hurtful to say goodbye to relatives, husband, and children, and to be forced to leave the country. Moving to Lithuania was associated with leaving into the unknown, adapting to inadequate work, and starting a new life. Participants identified sudden emotional or physical reactions to the sound of flying airplanes, fear of windows, and fear for their safety, the lives of their relatives and their children, as well as anxiety, stress, and hopelessness as the most hurtful or terrifying events.

Conclusion. The most hurtful or terrifying events were participation in military action, unavailable access to healthcare, lack of food or water, financial difficulties, enforced isolation from family members, sudden emotional or physical reaction to the recollection of a particularly painful or traumatic event, emotional reactions.

Acknowledgements. Authors are grateful to all volunteers-participants of this study. This research received no external funding.

КРИЗОВІ СТАНИ ТА ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ВІЙНИ

*Кандидатка Вероніка Костянтинівна,
аспірантка, лікарка-терапевт, викладачка-стажист
кафедри внутрішніх хвороб І*

*Науковий керівник: Утюж Ірина Геннадіївна
доктор філософських наук, професор, завідувачка кафедри суспільних дисциплін,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Військовий конфлікт на території України кожного дня руйнує тисячі людських життів, забираючи все те, що кожен із нас любить усім серцем: рідних людей, домівки.

Сучасні лікарі, незалежно від своєї спеціалізації, мають бути обізнаними з різними психотерапевтичними методиками та обрати саме ту, що їм до душі.

Психічні ресурси людини 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 доволіно входити в оптимальний стан і відновлюватися [2, с. 27].

Особистісні характеристики людини, які допомагають їй подолати труднощі, залежать від історії попереднього життя людини [2, с. 26].

Кризовий стан характеризується: відчуттям хвилювання, тривоги різної інтенсивності; фіксацією на психотравмівній ситуації; переживанням безпомічності, безнадії; песимістичної оцінки себе, актуальної ситуації і майбутнього; утрудненням у плануванні діяльності.

Втрата є потужним травмівним стресогенним чинником та подією, що може спричинити кризовий стан [2, с. 34].

Багато з тих людей, які пережили втрату близьких, спочатку не усвідомлювали її масштаби. Дана реакція відноситься до нормального типу реакцій в умовах військового конфлікту.

Кожна людина може має вибір, як сприйняти ту чи іншу психотравмівну ситуацію, обирає стратегії переживання екстремальних умов. Це або ситуативна складна задача, що передбачає пошук компетентного рішення, або деструктивний досвід із відмовою від подальшого розвитку, або особиста трагедія, що може призвести до дезорганізації та суїцидальних спроб.

За наявності в людини третьої стратегії «виживання» навіть незначні втрати можуть призвести до дезорганізації і суїцидальних спроб [1, с. 34].

Для того, щоб пережити будь-яку складну ситуацію, не зламатися та продовжувати жити далі необхідно відшукати сенс.

Ніцше писав: «Той, хто знає навіщо, здатен подолати будь-яке як». Як складно не було б, які б випробування в своєму житті не проходив кожен із нас, якщо є чітке усвідомлення того, заради чого це все, у людини з'являється певний сенс, орієнтир руху, сили на подолання всіх труднощів, незламно рухаючись вперед. У різноманітних кризових ситуаціях свою важливу роль відіграє метод логотерапії В.Е.Франкла.

Існують 3 можливості виявлення сенсу за В.Е. Франклом і його методом логотерапії:

Цінності переживання: що я отримую від життя через свій досвід?

Цінності бачення.

Цінності позиції: позиція, яку я займаю по відношенню до життя, цінності особистих життєвих установок (цінності відношення) [1].

До кожного із пацієнтів, жертв військової агресії необхідно застосовувати завжди тільки комплексний підхід у лікуванні та наданні допомоги.

Неможливо лікувати щось одне, вибірково: тіло або душу, оскільки в такому випадку не буде повноговиліковування та успішного подолання хвороби та покращення душевного стану пацієнта.

Без покращення саме душевного стану пацієнта та налаштування його на радісні емоції, ми не в силах будемо подолати та допомогти людині впоратись із кризовою ситуацією, перемогти її, здолати випробування та труднощі.

Список використаних джерел

1. Каліна Н. Ф. Логотерапія. Режим електронного доступу: <https://pidru4niki.com/19140218/psihologiya/logoterapiya>
2. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. – Київ, 2018. – 208 с.

СПІВВІДНОШЕННЯ АНОНІМНОСТІ І ВІДЧУЖЕННЯ ЛЮДИНИ У ВІРТУАЛЬНОМУ ПРОСТОРІ ІНФОРМАЦІЙНОГО СУСПІЛЬСТВА

*Амма Алефтіна Володимирівна,
аспірантка кафедри філософії та політології
Житомирського державного університету імені Івана Франка*

Віртуальна реальність стала невід'ємною частиною існування більшості людей у сучасному світі, від високотехнологічних країн західної цивілізації до країн глобального Півдня з домінуючими сировинними або аграрними економіками. Якщо у минулі століття і тисячоліття людина мала докладати серйозних зусиль до адаптації до мінливих умов природного і соціального буття, то в останні два десятиліття її буття не просто змістилося у віртуальну сферу, а в багатьох випадках комп'ютерна реальність стала сурогатом її соціальної дійсності. Відтак, віртуальна реальність поряд з дійсною соціальною і природною реальністю складають простір існування сучасної людини.

Сучасна людина має однаковою мірою пристосовуватись до існування в обох світах. Це пристосування завбачує необхідність постійного перебування людини в онлайн-режимі, адже робота на більшості соціальних платформ, Інтернет-каналів або й багатьох установ вимагає онлайн-присутності. Однак, ще декілька років тому перебування людини у віртуальній реальності мало переважно приватний, а не виробничий характер. І саме в цей період однією з кардинальних характеристик існування людини у віртуальній реальності стала анонімність користувача як можливість приховати свою висхідну ідентичність.

Людина могла просто прикриватися «чужою» або «штучно» створеною аватаркою, а в деяких випадках приховувати й свою IP-адресу, зокрема за допомогою VPN-сервісів. Подібна анонімність існування людини у віртуальній реальності значною мірою зумовлює відчуження людини від самої себе, продукуючи своєрідну «смерть суб'єкта».

З одного боку, сама людина у своїй свідомості відчужується у віртуальному світі від власної висхідної ідентичності і може існувати у будь-якому уявному, графічному або тілесному, образі, не обов'язково людському: в образі ельфа, античного бога, титана, чудовиська, автобота та ін. З другого боку, у цей же момент у фізичній реальності ця сама людина прив'язана до свого крісла біля комп'ютера. У такий спосіб тіло людини відчужується від її свідомості, живучи в одній реальності, а її свідомість існує в іншій реальності – віртуальній. Так чи інакше, у людини формується щонайменше дві самості.

Анонімність у віртуальному світі є достатньо привабливою, адже вона може дати можливість людині прикрасити своє тіло, зробити його близьким до еталонів і канонів краси, дає можливість виявляти у віртуальності ті бажання і прагнення, які не може проявити через суспільний, насамперед моральний осуд, у реальній соціальній дійсності, дає можливість обирати ті соціальні ролі, які для людини неможливі у соціальному середовищі перебування. Утім, останнім часом привабливість анонімності у віртуальному просторі почала знижуватися. Це відбулося, за твердженням української дослідниці В. Штанько, «після того, як основним середовищем спілкування в Інтернеті стали соціальні мережі – Однокласники, ВКонтакте» [2, с. 11]. У випадку, коли людина хоче спілкуватися в соціальних мережах з широким колом своїх знайомих, з професійною спільнотою або навіть спільнотою за інтересами, втрачається сам смисл анонімності. Людина у таких мережах хоче або просто змушена репрезентувати себе у реальному образі. Хоча це зовсім не виключає можливості прикрашання власного перебування у соціальних мережах.

На протигагу анонімності і в соціальних мережах, і в віртуальній реальності наявна ілюзія постійної присутності «Іншого» або «Інших» у житті суб'єкта. На перший погляд, видається, що у віртуальному світі людина справді взаємодіє з іншими людьми, продукуючи відповідні емоційні переживання. Але в реальності людина не знає через явну або приховану анонімність «Іншого», хто з нею спілкується, людина чи програма, людина чи штучний інтелект. Таке спілкування засноване на сумнівному ґрунті, який у будь-який момент може зникнути з-під ніг. Відсутність реального візаві, співрозмовника або опонента у віртуальному просторі, на думку І. Михальчука, призводить до того, що людина зазвичай «чує лише те, що хоче почути» і у підсумку виявляється оточеною фантомами симулякрів і віртуальних образів [1, с. 42]. Віртуальна комунікація перетворюється на монолог, на воляння у безодні, де тебе ніхто не почує, а відтак вона має всі ознаки імітації, ознаки симулякру комунікації. У віртуальній реальності відбувається симуляція активної комунікації, комунікація заради комунікації, яка у підсумку немає жодних соціальних і особистісних наслідків. На протигагу цьому, ефективна соціальна комунікація на рівні взаємодії суб'єктів має призвести до вироблення більш продуктивних і ефективних практик подолання соціальних викликів.

Загалом, анонімність користувача у віртуальному просторі створює нові форми і способи відчуження. Суб'єкти віртуальної комунікації, незважаючи на ілюзорну близькість, є недосяжними для реальної взаємодії, між ними – прірва, і часто нездоланна. Відчуження між ними більш, ніж закономірне, адже за аватарками анонімних користувачів можуть стояти абсолютно інші особистості, як зовнішньо, так і внутрішньо. Водночас, з одного боку, передчасними є висновки про те, що людина повністю має розчинитися у віртуальній реальності. З другого боку, не можна не враховувати те, наскільки людина, яка більшу частину свого життя проводить у багатомірному світі віртуальної реальності, де освоює інші світи, воює з надприродними істотами, сама набуває характеристик богів або напівбогів, захоче повертатись у світ реального соціального буття з його віковичними викликами і нездоланими екзистенційними проблемами. Прогнозованою реакцією сучасної людини, більша частина існування якої відбувається у віртуальній реальності, є відчуження, відсторонення від проблем реальності, інфантильність та апатія у взаємодії з іншими людьми та соціальними спільнотами.

Список використаних джерел

1. Михальчук І. Симуляція реальності людини у віртуальному просторі. *Науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки*. 2018. № 11 (384). С. 38–43.
2. Штанько В. І. Віртуальний комунікативний простір і проблеми самоідентифікації особистості. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія: Теорія культури і філософія науки*. 2012. № 1029 (1). Вип. 47. С. 5–12.

ФІЛОСОФІЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ

*Білай Андрій Іванович,
кандидат медичних наук, асистент,
Білай Іван Михайлович,
доктор медичних наук, професор,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Медична реабілітація представляє собою процес активного досягнення відновлення порушень при травмах або захворюваннях до остаточного видужання, оптимальних та раціональних методів психічного, соціального та фізичного стану хворого та інтеграція його в суспільство, що укладено комітетом експертів ВООЗ. Сучасна філософська концепція реабілітації інвалідів була сформована ще у часи Другої світової війни у США та Великій Британії. Більш вагоме визначення реабілітації як системи соціально-медичних, педагогічних, державних, професійних заходів, які ґрунтуються на попередженні розвитку патологічних станів, ефективному поверненню інвалідів до праці та повноцінного життя, проведено на 9 зборах міністрів охорони здоров'я та соціального забезпечення східноєвропейських країн. У зв'язку з цим медико-психологічна реабілітація дуже важлива та актуальна під час воєнного стану в Україні.

Реабілітаційні заходи включають медикаментозні, психологічні, фізіотерапевтичні та комп'ютерні технології.

Для проведення медикаментозних методів застосовують лікарські засоби, які мають вплив на гіпоактиваційні стани та медіаторний метаболізм мозку, такі як антидепресанти, ліки, які діють на енергетичний та пластичний обмін у мозку, лікарські засоби, які покращують мікроциркуляцію в мозку та ліки, що мають переважний вплив на процеси відновлення під час сну та впливом на пейсмеркерну структуру мозку. Водночас в умовах воєнного стану в Україні застосовують метаболітотропні засоби після бойових стресів та травм, уражень та захворювань.

Дуже важливим є застосування при цьому ліків, які впливають на загальну резистентність організму, такі як вітаміни, мікроелементи, біогенні стимулятори, а також антиоксиданти, ноотропи, актопротектори, антигіпоксанти, як засоби коригуючої специфічної дії.

В якості психологічних методів для реабілітаційної психокорекції використовують соціально-психологічний тренінг, індивідуальну та групову раціональну психотерапію. Водночас проводять з метою відновлення психологічної сфери та функцій організму, зниження психоемоціонального перенапруження, підвищення адаптаційного потенціалу особистості, розвитку стереотипу поведінки для роботи та життя, а також комунікативних здібностей на навчання психологічної саморегуляції.

Медико-психологічна реабілітація, як система соціальних, педагогічних та медико-психологічних заходів направлена на корекцію психічного стану та соціально-трудового статусу інвалідів. Найважливішим у цьому є робота над компетенцією втрачених соціальних та професійних

властивостей. Це потребує утворення організації диспансеризації, дозвілля та спілкування. Медико-психологічна реабілітація можлива в умовах лікарняного стаціонару, поліклініки та санаторію. Звичайно для лікування поранених та хворих застосовуються різні психофізіологічні та психологічні методики нормалізації психологічного стану. Водночас динамічно розвиваються методи, які ґрунтуються на інформаційних та комп'ютерних технологіях. Пацієнти можуть за допомогою комп'ютера займатися комп'ютеризованим біологічним зворотнім зв'язком та психічною саморегуляцією, а також занурюватися у віртуальну середу.

Метод біологічного зворотного зв'язку, як апаратно-опосередкованої психічної саморегуляції, є найбільш актуальним та основаним на відкритті J.Каміуа про довільну зміну пацієнтами своїх параметрів енцефалографії при наявності зворотного зв'язку про їх поточні значення слухових та візуальних або особистих показників – частоту пульсу та дихання, рівень артеріального тиску, тонус м'язів, температуру та опір шкіри, показники електроенцефалограми. Пацієнт спочатку набуває навички саморегуляції фізіологічних функцій, а потім набуває навички психологічних функцій.

Водночас ефективними методами хворих з післятравматичними розладами особистості вважаються професійні навчання з ігровою метою віртуальної середи, такі як терапія віртуальної реальності занурення, терапія віртуальної реальності, імітаційна терапія, експозиційна терапія віртуальною реальністю. Перспективним є впровадження нейрокомп'ютерних мозкових інтерфейсів за допомогою пристрою, який зчитує сигнали, які супроводжують думку пацієнта, його різні стани, напруження, збудливість, розчарування, міміку, посмішку, сміх, різні рухи. Ці команди по безпроводному зв'язку посилаються в комп'ютер, де проводиться управління ігровим процесом. Звичайно мають успіх в медико-психологічній реабілітації спеціальні комп'ютерні ігри. За допомогою інтерактивної трьохмірності комп'ютерної гри пацієнт переборює іспити для поновлення сил у віртуальному світі, де панують сумні негативні думки.

За таких обставин дуже важливим є застосування фізіотерапевтичних методів електростимуляції нервово-м'язової системи, електротранквілізації центральної нервової системи, електросонотерапії, гіпоксичного тренування, гіпербаричної оксигенації, масажу, контрастного температурного впливу, фізичного тренування, впливу на біологічно активні точки шкіри, фототерапії, аудіовізуальної психічної саморегуляції, терапії депривацією сну, методу транскраніальної магнітної стимуляції. Водночас апаратний метод вкрай високочастотної низькоінтенсивної лазерної фізіо-та рефлексотерапії викликає антиоксидантний та мембраностабілізуючий ефекти.

Таким чином, філософія медико-психологічної реабілітації постраждалих від військових дій є актуальною під час воєнного стану в Україні та повинна реалізовуватися за рахунок творчих реабілітаційних технологій, поєднання традиційних та інноваційних сучасних методик. Кожному постраждалому пацієнту даються індивідуальні рекомендації відносно об'єму, характеру та інтенсивності фізичного та психічного навантаження, оптимальної на цей час професійної діяльності, реально досяжної життєвої мети, щоб бути повноцінним членом сучасного суспільства.

СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

*Горохова Людмила Вікторівна,
кандидат філософських наук, доцент,
доцент кафедри філософії та політології
Житомирського державного університету імені Івана Франка*

Процеси реформування органів місцевого самоврядування та територіальної організації влади, які намагаються вивести Україну на європейський рівень державотворення та демократії обумовили реформи в системі охорони здоров'я. У серпні 2014 року процеси децентралізації влади зумовили ініціювання Міністерством охорони здоров'я розробку Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015–2025 роки [1]. У Стратегії було окреслено цілі, цінності та основні завдання системи охорони здоров'я України, визначено архітектуру системи охорони здоров'я та стратегічні можливості для України й представлено короткострокові, середньострокові та довгострокові дії побудови нової системи охорони здоров'я. Як зазначив тогочасний Міністр охорони здоров'я України Олександр Квіташвілі «Втілюючи будь-яку реформу, важливо не забувати про постійне прагнення досягти максимальної ефективності та результативності наявних фінансових ресурсів – через запровадження розумної політики та прийняття мудрих рішень. Стратегія дозволяє

більш точно визначати проблеми, а також пропонує найкращі з перевірених рішень. У документа є дві головні мети: в першу чергу, стимулювати правильні реформи, але водночас продемонструвати тим, хто приймає рішення, що здоров'я та його охорона – потужний інструмент в політиці» [1].

Проект «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року» від 23 лютого 2022 року фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року був оприлюднений на сайті МОЗ України. У вступі якого було проаналізовано досягнення й наголошено на викликах, які вимагають консолідації зусиль як уряду так і суспільства. Зауважено, що з «з початком пандемії COVID-19 національна система охорони здоров'я зазнала безпрецедентного тиску, що вимагало швидких об'єднаних зусиль, а також виявляло прогалини, що їх необхідно усунути для покращення готовності до майбутніх загроз та створення стійкої системи готовності та реагування» [3]. Події, обумовлені з всесвітньою пандемією, значно вплинули на стан медицини в Україні. Пандемія COVID-19, яка швидко поширилася по всій країні стала одним із найбільших викликів перед медичною сферою в країні. Це призвело до зростання потреби у медичних ресурсах, обладнанні та персоналі. Українські медичні заклади були змушені швидко адаптуватися до нових вимог та навчатися лікувати і управляти пацієнтами з COVID-19. Крім того, пандемія підкреслила потребу в розвитку електронної медицини. Українські лікарі та пацієнти все більше використовують телефонні додатки та онлайн-консультації. Це значно спрощує доступ до медичних послуг, зменшує час очікування та допомагає зменшити ризик інфікування.

13 лютого 2023 року на Урядовому порталі опубліковано новину щодо того, що проект Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року буде фіналізований до кінця першого кварталу. За результатами засідання Колегії Міністерства охорони здоров'я України Міністр охорони здоров'я Віктор Ляшко зауважив «Збройна агресія РФ поставила кожного з нас перед новими викликами. Медична сфера продемонструвала стійкість та спроможність надавати медичну допомогу пацієнтам навіть в надскладних умовах. Однак, вже зараз ми маємо думати і про наше життя після перемоги. Мета сьогоднішнього обговорення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року – поєднати пріоритети мирного життя та виклики війни таким чином, аби забезпечити українцям доступ до якісної, доступної та безоплатної медичної допомоги» [2]. Учасники засідання обговорили основні засади Стратегії й погодили подальші ключові кроки, серед яких прийняття за основу базової структури Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, що включає 3 стратегічні цілі, 11 оперативних цілей та 137 завдань й подання пропозиції щодо визначення оперативних завдань для Плану реалізації Стратегії на 2023 рік. Варто наголосити, що присутні усвідомлювали, що «на трирічні плани виконання стратегії відбудеться перехід, коли країна перейде від економіки воєнного часу на планову економіку з трирічною бюджетною декларацією» [2]. Сучасні події підкреслюють необхідність збільшення інвестицій у медичну систему України, яка також стикається з викликами, пов'язаними з дефіцитом медичних працівників. Висока еміграція медиків та недостатня кількість медичних фахівців впливають на якість та доступність медичних послуг. Тому важливо зосередитися на залученні та навчанні нових медичних кадрів. Україна також повинна продовжувати співпрацювати з міжнародними організаціями та партнерами задля отримання фінансової та технічної підтримки й обміну досвідом.

Загалом, сучасні події ставлять перед Україною великі виклики в галузі медицини, але вони також викликають необхідність для покращення системи та розвитку нових підходів, що може сприяти зміцненню та покращенню медичної системи у майбутньому. Вітчизняна медицина, що постраждала в умовах війни, яка тривала з 2014 року на сході країни й повномасштабне вторгнення в територіальну цілісність обумовило значні виклики для української системи охорони здоров'я. Багато медичних закладів та інфраструктура були пошкоджені або знищені, що призвело до обмежених можливостей надання медичної допомоги населенню. Медичний персонал також зазнав значного впливу внаслідок конфлікту, багато лікарів і медичних сестер змушені були залишити свої робочі місця через небезпеку для життя і здоров'я. Це, в свою чергу, призвело до нестачі кваліфікованого персоналу та зменшення доступу до медичних послуг для пацієнтів. Уряд України спрямовував зусилля на забезпечення необхідної медичної допомоги населенню, включаючи евакуацію поранених, будівництво тимчасових лікарень та поставку медичного обладнання та ліків. Однак, ситуація залишалася надзвичайно складною і потребувала додаткових зусиль.

Попри те, що воєнні дії тривають, медицина в Україні продовжує відновлюватися, але військовий конфлікт залишається значним викликом для системи охорони здоров'я країни. Медичні реформи в Україні в умовах війни виявилися складним завданням, яке потребує великих зусиль і значних ресурсів. Вітчизняна система охорони здоров'я була під тиском через конфлікт на сході країни, що призвело до змін у пріоритетах та методах роботи. Однією з вагомих проблем, що постали перед українською медициною у цей період, була нестача медичного персоналу та медичного обладнання, особливо на територіях, які перебували у зоні бойових дій. Велика кількість лікарень та медичних закладів були пошкоджені або знищені, що робило доступ до медичної допомоги складним, а інколи й зовсім неможливим. Уряд України вживав заходів для поліпшення ситуації в медичній галузі. Було зроблено наголос на розвитку екстреної медичної допомоги та госпітального ланцюжка для ефективного транспортування поранених. Також були впроваджені програми для мобілізації медичних працівників та створення резерву медперсоналу для надання допомоги на передовій.

Одним із найважливіших кроків була реформа системи фінансування охорони здоров'я, в результаті якої введення обов'язкового медичного страхування дозволило створити додаткові ресурси для фінансування медичних послуг та закупівлю необхідного обладнання. Незважаючи на труднощі, медичні реформи в Україні прагнуть досягти кращого доступу до якісної медичної допомоги для всіх громадян. Продовження конфлікту має негативний вплив на реалізацію цих реформ, але значні зусилля спрямовуються на покращення ситуації. Крім того, реформа передбачає перехід до нової моделі фінансування медичної системи, зокрема впровадження капітального фінансування. Це означає, що фінансування буде здійснюватися за кількістю зареєстрованих пацієнтів, а не за кількістю наданих послуг. Це спрямовано на збільшення ефективності та якості медичної допомоги. Реформи передбачають покращення медичної інфраструктури та трансформацію лікарень у державний управлінський центр. Важливу роль в цьому процесі відіграє цифровізація медичної системи, що дозволяє забезпечити електронне збереження медичної інформації пацієнтів та полегшує доступ до неї.

Однак, впровадження медичних реформ в Україні не позбавлене викликів та проблем, зокрема недостатніми залишаються фінансова підтримка й доступ до якісної медичної допомоги в окремих регіонах, недостатньою є заробітна плата для медичного персоналу. Зазначені проблеми потребують вирішення та подальшого покращення, проте всупереч складнощам, медичні реформи в Україні тривають й спрямовані на покращення доступу до медичної допомоги та рівня надання послуг громадянам. Підтвердженням зазначеного може слугувати розгляд на засіданні Колегії МОЗ України окремим питанням стану укладення договорів про медичне обслуговування за програмою медичних гарантій у 2023 році й обговорення можливостей запровадження стратегічних закупівель за програмою медичних гарантій на 2024 рік [2].

Отже, варто сподіватися, що ми не зупинимось на досягнутому й модернізація системи охорони здоров'я в Україні отримає своє логічне завершення, а досягнення та успіхи на цьому шляху будуть висвітлені в наших подальших наукових розвідках.

Список використаних джерел

1. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015–2025 роки. 41 с. URL: <https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf>
2. Проект Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року буде фіналізований до кінця першого кварталу». Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/proekt-strategii-rozvytku-systemy-okhorony-zdorovia-do-2030-roku-bude-finalizovanyi-do-kintsia-pershoho-kvartalu>
3. Проект Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки стратегії. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf>

ПРОФІЛАКТИКА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРНЯНИХ КЛОУНІВ У ПЕРІОД ВІЙНИ.

*Гріда Тетяна Валентинівна, лікарняний клоун,
голова Харківського фонду психологічних досліджень,
керівник проекту “Файні носи. Лікарняні клоуни. Харків”,
Демидюк Корній Степанович, психолог, креативний менеджер
Рівненського академічного обласного театру ляльок,
Шевченко Наталя Олексіївна, лікарняний клоун,
голова Харківського фонду психологічних досліджень,
керівник проекту “Файні носи. Лікарняні клоуни. Харків”*

Лікарняна клоунада як глобальний соціальний феномен має інтернаціональний характер і виступає потужним каналом міжкультурної взаємодії, є одним з яскравих та найдобріших проєктів у волонтерстві. Основним об'єктом прикладення зусиль лікарняної клоунади були діти, котрі потрапили у складні життєві обставини, пов'язані з медичними аспектами [2]. Це унікальний для України проєкт соціально-психологічної роботи по адаптації дитини в лікарні, взаємодія у вигляді гри, історії, опрацювання у формі казки та сміху. зменшення рівню стресу у дитини шляхом сміхотерапії [1].

Лікарняний клоун – це також кропітка робота над собою, самоосвіта, тому залишаються найстійкіші. Багато волонтерів від природи володіють акторськими здібностями, але розкривають їх тільки в цій діяльності. Як різновид волонтерства, вона практично не досліджувалась тому, що ця діяльність з реабілітації дітей в стаціонарах лікарні у багатьох країнах є професійною діяльністю [3].

Від початку широкомасштабного вторгнення росії Від 24-го лютого 2022 року лікарняна клоунада в Україні зазнала корекцій та змін. Палітра діяльності лікарняних клоунів значно розширилася. Життя, дитинство та радість тривають попри обстріли. Нові виклики потребували нових підходів. З часом такі були віднайдені, і спиралися вони на засадничі принципи лікарняної клоунади.

Починаючи з 2014-го року групи лікарняних клоунів в Україні працювали з людьми з південних та східних регіонів, котрі потерпали від гібридних військових дій окупантів. Зазвичай це були місця компактного проживання внутрішньо переміщених громадян. Найбільше потерпають від війни українські діти. Над поверненням дитинства працюють не лише військові ЗСУ, медики, психологи а й кожен з нас на своєму місці [4]. Лікарняні клоуни на регулярній основі робили візити, надаючи необхідну підтримку.

Важливим моментом була певна відстороненість існуючих в Україні лікарняних клоунів від безпосередньої взаємодії з агресором, та прямими наслідками насильства. Принаймні, нам не відомо про діяльність лікарняних клоунів з донецької, луганської областей, АР Крим, на 2014-й рік. Певним чином така відстороненість дозволяла підтримувати звичний ритм і спосіб життя, утримуючи чіткий баланс між власним існуванням як людини, і діяльністю в якості волонтера, лікарняного клоуна.

З початком російсько-української війни ситуація кардинально змінилася. Фактично всі групи лікарняних клоунів, тією чи іншою мірою зазнали, на персональному, особистістому рівні травмуючого впливу російського імперського шовінізму, втіленому у загарбницьких військових діях. Лікарняні клоуни з півдня, сходу та центру України в переважній більшості були змушені до внутрішньої міграції країною. Західна Україна також в повній мірі відчула у вигляді ракетні обстріли, холод та відсутність тепла та електроенергії. Великі потоки біженців заповнили міста і містечка. Серед них, в переважній більшості – найменш захищені: діти, жінки, люди похилого віку, котрі потребували прихистку та підтримки.

Для Закарпаття лікарняна клоунада – зовсім молодий та унікальний метод психосоціальної допомоги. Сюди її привезла команда клоунес-переселенок “Файні носи. Лікарняні клоуни. Харків”, які опинилися на Закарпатті через повномасштабну війну в Україні. Лікарняна клоунада мала змогу розвиватися за підтримки словацької організації в проєкті Clown Care in hospital. Робота Clown Care розпочалася з місцевими дітьми та ВПО в громадах. Далі долучили лікарняне спрямування, оскільки частина переселенців і переселенок у зв'язку з воєнними подіями через фізичний і психологічний стан повинні отримувати допомогу, перебуваючи в закладах охорони здоров'я.

Переживання особистого горя змінило персонажі лікарняних клоунів. З позиції ірреальних добрих героїв, котрі несуть жагу до свободи, волі та життя вони перетворилися на персонажів, як безпосередньо, на рівних, розділяють біль з об'єктами своєї діяльності. Робота часто супроводжується професійним вигоранням спеціалістів, а психологів, які працюють з дітьми, не вистачає. Тому психологічна підтримка від лікарняних клоунів мала як для маленьких пацієнтів і пацієнок, так і для їхніх батьків, персоналу неабияке значення.

Така трансформація у деяких групах призвела до пониження тону діяльності, аж до повної зупинки. Проте, через деякий час, певні групи не тільки відновили виходи у лікарні та місця компактного проживання ВПО, але й швидкими темпами почали розвиватися та розширювати сфери своїх дій.

На прикладі групи “Червоні носи” (м. Рівне) можна побачити як лікарняні клоуни капсулюються у власній спільноті, продовжуючи відвідини лікарень, та починають опікуватися військовими шпиталями.

“Файні носи. Лікарняні клоуни. Харків” (м. Харків), навпаки, стали максимально відкритими для взаємодій з іншими організаціями схожого напрямку практики лікарняної клоунади, почали заглиблюватися у аналіз власних дій, та творчо використовувати нові досвіди. Проект “Лікарняні клоуни інтригують? Ні, лікарняні клоуни інтегрують!” реалізує ГО “ХФПД” Харківський фонд психологічних досліджень завдяки підтримці в рамках грантової програми “Culture Helps / Культура допомагає”. “Culture Helps / Культура допомагає” – це проект, що співфінансується Європейським Союзом у межах спеціального конкурсу пропозицій для підтримки українських переміщених осіб та українського культурного та креативного секторів. Проект реалізується Інша Освіта / Insha Osvita (UA) та zusa (DE).

“Файні носи. Лікарняні клоуни. Харків” надають клоунотерапевтичну допомогу дітям в лікарнях Харкова, а для батьків проводять тренінги, які допомагають впоратись з напругою завдяки грі. Майстер-клас “Гра, як спосіб пережити будь-що” провели для батьків тренери команди Файні носи. Лікарняні клоуни. Харків в Харківському дитячому Хоспісі та КНП «Ужгородська міська дитяча клінічна лікарня».

Була легкість, класна музика, спільне поле, енергія. Підлітки і маленька дівчинка, які були присутні – побачили цікавих дорослих людей, які сміялись. Приходили головна медсестра і представниця медперсоналу, говорили про себе, про своє життя, про те, що болить – війну, розлуку з рідними. Це було зближення, інтеграція. Вийшла тепла камерна зустріч. Батьки виглядали задоволеними. Для них було цінно приділити час собі, тілу через розминку, просто порухатись разом у просторі, пограти.

Українська команда лікарняних клоунів вдосконалювала свою майстерність, навчаючись у латвійської команди Dr. Klauns технікам “дитина+дорослий” у Ризі. Прийшов час увійти в двері нової лікарні та нових можливостей. Так, це військовий шпиталь. Була довга підготовка у вивченні психологічних аспектів роботи, занурення у специфічний «словник» і цим можна було б займатись вічність, але ми вирішили діяти! Так, звісно, здебільшого клоуни працюють з дітьми, але за час повномасштабної війни вони набули практики в антикризовій клоунаді і залучення військових було справою часу насправді. І перше, що захотілось зробити – об'єднати їх в нову лікарняну спільноту.

На вищенаведених прикладах ми бачимо два різнонаправлені вектори в окремих групах лікарняних клоунів. Концентричний, направлений всередину, самоізоляціоністський. Інший – ексцентричний, направлений зовні, експансивний. Існують також проміжні варіанти, проте концентричний та ексцентричний цікаві своїми результатами після двох років війни.

Концентричний – притаманний групам лікарняної клоунади на відносно “тилових” теренах України. Учасники цих груп в переважній більшості лишилися на місцях постійного, довоєнного проживання. Це призвело до додаткового навантаження у діяльності в якості лікарняних клоунів.

Ексцентричний – до цього вектору адаптації лікарняних клоунів під час війни виявилися схильними лікарняні клоуни з територій які постійно потерпають від обстрілів та ракетних атак. Більшість учасників груп лікарняних клоунів стали вимушеними переселенцями (короткостроково, чи на постійній основі, та змушені адаптуватися на новому місці, часом у зовсім не звичному соціокультурному середовищі.

Базуючись на цих фактах, та досвіді слід виокремити ситуації та практики втримання внутрішньої рівноваги лікарняних клоунів під час війни, персональної стабілізації проживання горя. На базі отриманих даних відкривається перспектива впровадження методики профілактики професійного вигорання лікарняних клоунів. Від так, можемо отримати потужний інструментарій для всіх людей підтримуючих професій і сфер діяльності.

Список використаних джерел

1. Грида Т., Тихомірова Ф., Шевченко Н., Гра як інструмент лікарняної клоунади. *Філософія та гуманізм*. Одеса, ОНПУ, 2018. Вип. 1. С. 31–40.
2. Тихомірова Ф.А. Життя навчить сміятися крізь сльози (сміх у стінах лікарні). *Добірка Докса. Збірник наук. праць з філософії та філології*, Одеса: ОНУ ім. І.І. Мечникова, 2016, Вип. 25, С. 171-194
3. Тихомірова Фаріда. Міський соціальний проект лікарняної клоунади як нова форма сміхової культури. *Добірка Докса. Збірник наук. праць з філософії та філології*. Одеса: ОНУ ім. І.І. Мечникова, 2018. Вип. 30. 210 С. 57-64
4. Юрова Тетяна. Лікарняна клоунада як форма креативної культурологічної терапії в реабілітації «дітей війни». *Військово-історичний меридіан. Електронний науковий фаховий журнал*. – Вип. 2-3 (28-29) / Національний музей історії України у Другій світовій війні. Меморіальний комплекс, Інститут історії України НАН України. – К., 2020. https://chtyvo.org.ua/authors/Yurova_Tetiana/Likarniana_klounada_iak_forma_kreatyvnoi_kulturolohichnoi_terapii_v_reabilitatsii_ditei_viiny/

ЗАГРОЗА ПОШИРЕННЯ ЗБРОЇ МАСОВОГО ВИНИЩЕННЯ ЯК ЕКЗИСТЕНЦІЙНА ПРОБЛЕМА БУТТЄВОСТІ ЛЮДИНИ

*Данильчук Олександр Михайлович,
магістрант I курсу спеціальності 033 Філософія
кафедри філософії та політології,
Науковий керівник: Ковтун Наталія Михайлівна,
доктор філософських наук, професор, завідувач кафедри філософії та політології,
Житомирський державний університет імені Івана Франка.*

Чи не найбільш складною та контраверсійною темою на сучасному етапі розвитку філософського знання є зброя масового винищення як екзистенційна проблема існування людської цивілізації. Донедавна здавалося, що з розпадом біполярного світу проблема зброї масового винищення, яка може знищити велику частину людства відійшла в минуле. Проте наростання напруженості у постбіполярному світі, викликане пандеміями, російсько-українською війною, терористичною атакою «Хамас» на Ізраїль 07 жовтня 2023 року, ядерними погрозами іншим країнам з боку Росії, Ірану, Північної Кореї, змусило світове наукове товариство ще раз звернути особливу увагу на цю проблему. Використання зброї масового винищення важливо розглядати не лише у площині військових і юридичних аспектів, а й з точки зору етики та моралі. Саме тому ця проблема стала предметом дослідження вчених-філософів з різних регіонів світу.

Найважливішими з досліджень зброї масового винищення, в яких розглядаються етичні й екзистенційні аспекти використання зброї масового ураження, то предметом можна вважати дослідження таких науковців як Н. Хаяші [2], Дж. Фелтеса [1] та М. Саміє [4].

Дефініція поняття зброї масового винищення була запропонована у 1948 році Організацією Об'єднаних Націй. Згідно з нею під поняттям «зброя масового винищення» мається на увазі зброя, що має характеристики, які можна порівняти з руйнівними діями атомної бомби. Комісія, що розробляла значення цього терміну прагнула відрізнити цей вид від звичайної зброї, що застосовується у збройних силах [3]. Однак маємо враховувати, що це визначення є достатньо суперечливим і не безсумнівним.

У зв'язку з цим звернемося до сучасних філософських досліджень з метою визначення атрибутивних ознак зброї масового винищення. Одним з найсучасніших досліджень у цій площині є робота шведського науковця Н. Хаяші (N. Hayashi) «Про етику ядерної зброї: формування політичного консенсусу щодо неприйнятності ядерної зброї» (2015). Філософ вважає, що протягом останніх 70 років конвенціоналістські аргументи як «за», так і «проти» засобів масового винищення захопили, і, водночас, ув'язнили нашу моральну уяву. Однак, через використання контрфактів,

конвенціоналістські твердження не піддаються перевірці і, по суті, лише підтримують будь-який прийнятний статус-кво. Конвенціоналісти спонукають людство здійснити порівняння двох речей. Одна з них постулює сучасний фактичний рівень міжнародного миру і стабільності, при цьому з наявним рівнем глобального ядерного озброєння. Інша постулює уявний світ ймовірного майбутнього з меншою кількістю ядерної зброї, або взагалі без неї. Вчений зазначає: «Якщо ви відчуваєте, що реальний світ є принаймні таким же мирним і стабільним, як той інший, контрфактичний світ без ядерної зброї, то ви неявно приймаєте моральність зброї масового винищення на відповідних підставах» [2].

У контексті цього заслуговує на увагу і дослідження нідерландського філософа Дж. Фелтеса (J. Feltes) «Зброя масового винищення: концептуальні та етичні питання, пов'язані з тероризмом» (2021). Важливо відзначити, що, вчений оглянув використання та наявність зброї масового ураження в арсеналі відомих терористичних угруповань. Як вважає науковець: «не тільки зброя масового винищення, але навіть використання набагато ширшої групи радіаційної, хімічної, біологічної та ядерної зброї в цілому (масового ураження чи ні) є скоріше винятком, ніж правилом в тероризмі». Проблеми, пов'язані з терористичними актами з масовими жертвами і визначенням засобів масового винищення, змусили деяких дослідників, практиків і політиків переосмислити концептуалізацію терористичної зброї [1].

Окремо виділимо працю «Зброя масового винищення в контексті дослідження зв'язків між милітаризацією та безбожністю сучасної політики» турецького дослідника М. Саміє (M. Samie) (2018). Вчений справедливо зазначає, що сучасна жорстокість, яка знайшла свою кульмінацію у використанні зброї масового винищення проти людства, є темною стороною основних вчень Просвітництва. Великі мислителі Просвітництва, звинувачуючи релігію як головне джерело насильства, усунули Бога з центру західної політичної і соціальної думки, замінивши його людиною. Хоча вони не усвідомлювали наслідків своєї філософії, з часом вона зробила сучасні суспільства більш владололюбними і менш відповідальними за свої дії. Саме релігія та смиренність, на думку автора, могли стати обмежуючим фактором поширення милітаризації у сучасному світі [4]. Натомість у сучасному світі прагматизм і комерційна раціональність, а часто й просте безумство тоталітарних вождів стають основою використання чи шантажу зброєю масового винищення.

Таким чином, суттєве наростання напруженості у світі, спровоковане останніми подіями, змушує провідних зарубіжних дослідників все частіше звертати увагу на проблему зброї масового винищення. Хоча її зазвичай розглядають з точки зору військової справи, проте вона не втрачає актуальності і серед філософів, оскільки саме їхні праці можуть вплинути на моральність тих, хто своїми діями несе загрозу для життя. Сучасні наукові розвідки спонукають людство переосмислити концептуалізацію засобів масового винищення, замислитися над причинами того, що стало фактором зростання милітаризації, а також порівняти світ у площині із наявністю цієї зброї та без неї.

Список використаних джерел

1. Feltes, J. (2021). Weapons of Mass Destruction—Conceptual and Ethical Issues with Regard to terrorism. In: Henschke, A., Reed, A., Robbins, S., Miller, S. (eds) Counter-Terrorism, Ethics and Technology. Advanced Sciences and Technologies for Security Applications. Springer, Cham. URL: https://doi.org/10.1007/978-3-030-90221-6_4 (дата звернення 15.12.2023).
2. Hayashi, N. (2015). «On the Ethics of Nuclear Weapons: Framing a Political Consensus on the Unacceptability of Nuclear Weapons», UNIDIR, Geneva. URL: <https://unidir.org/wp-content/uploads/2023/05/on-the-ethics-of-nuclear-weapons-en-627.pdf>. (дата звернення: 15.12.2023).
3. Resolution adopted by the Commission for Conventional Armaments at its 13th meeting, 12 August 1948, and a second progress report of the Commission. URL: <https://undocs.org/S/C.3/32/Rev.1> (дата звернення 15.12.2023).
4. Samiei, M. (2018). Weapons of Mass Destruction in Context; Investigating the Links between Militarization and Godlessness of Modern Politics. Scholarly Journal. URL: <https://doi.org/10.22059/WSPS.2019.281316.1103> (дата звернення 15.12.2023).

ВПЛИВ ГАДЖЕТІВ ТА СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ НА МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ В УМОВАХ РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ

*Дрозд Богдан Юрійович,
аспірант кафедри філософії та політології,
Науковий керівник: Ковтун Н. М., д. філос. н., доц.,
професор кафедри філософії та політології,
Житомирський державний університет імені Івана Франка*

З початком повномасштабної російсько-української війни 24 лютого 2022 року українське суспільство зазнало кардинальних трансформацій у сфері ментального здоров'я та впливу соціальних мереж на життя людини. Негативні тенденції минулих років, пов'язані з впливом соціальних мереж та гаджетів на життєдіяльність людини і її ментальний стан, тільки погіршилися. Певною мірою на це вплинули екстремальні умови існування суспільства в стані повномасштабної війни. Ескапізм став способом втечі від негативної реальності та засобом розвантаження психіки від постійних емоційних коливань та стресу. Основною проблемою даної роботи буде зміна ментального здоров'я людини в умовах війни.

Розглядаючи українське суспільство майже через два роки після початку повномасштабної війни Росії та України, ми можемо виділити ряд якісних змін у питаннях ментального здоров'я людини. Можна виділити такі негативні тенденції у соціальних мережах:

1. Розповсюдження дезінформації та маніпуляція інформацією: Соціальні мережі стали потужним інструментом для поширення дезінформації та фейків. Вражаючі матеріали, призначені маніпулювати громадською думкою, безперечно впливають на ситуацію на передовій та вдома.
2. Психологічний тиск та стрес: Соціальні мережі посилюють психологічний тиск на людей у зоні конфлікту.
3. Збільшення агресії та роздратування: Соціальні мережі стали місцем для вираження агресії та роздратування. Публікації, які містять ворожість або заклики до насильства, поширюються швидко та ескалюють конфлікт. Соціальні мережі виступають як майданчики для протистоянь та провокацій, що призводить до ескалації конфлікту в реальному житті.

В останні десятиліття, з появою смартфонів та соціальних мереж, багато лікарів та провідних науковців світу почали задаватись питаннями про їх вплив на здоров'я людини і часто приходили до невтішних висновків. Міжнародна організація охорони здоров'я дає наступне визначення: Ментальне здоров'я — це рівень психологічного благополуччя, який визначається не тільки відсутністю психічних захворювань, а й рядом соціально-економічних, біологічних і тих, що відносяться до навколишнього середовища факторів [8].

Шведський психіатр Андерс Гансен у своїй праці «Інстамозок. Як екранна залежність призводить до стресів і депресії» наводить невтішні факти впливу соціальних мереж на психологічне здоров'я сучасної людини. Погіршення сну у підлітків і дітей, збільшення рівня депресії і тривожності, встановлено прямий зв'язок між цими явищами. "У віковій групі 15-20 років кількість людей, які страждають від порушень сну, виросла на неймовірні 500% з 2007 року." - зазначає Андерс Гансен [1]. В дослідженнях 2011 року американські підлітки почувались більш самотніми та гірше спали. Ці дослідження також показують, що вони стали менше спілкуватись з однолітками, менше здавати на права, менше вживати алкоголь та менше ходити на побачення. В тому ж році у світ вийшло 120 мільйонів iPhone, що до того вважався ексклюзивним гаджетом [1]. Поява смартфонів полегшила процес інтеграції молодих людей у віртуальну реальність. Окремим пунктом Андерс Гансен виділяє зниження рівня емпатії через нівеляцію відчуття співпереживання до іншої людини, викликане впливом соціальних мереж. Фізіологічно, коли людина бачить зображення, її мозок реагує на них як на реальність, відчуває конкретні емоції та виділяє конкретні гормони, такі як серотонін чи дофамін [1]. В результаті постійного перегляду різних відеоматеріалів з часом людина може перестати сприймати їх як реальність.

Українське суспільство зіштовхнулось з такими ж проблемами. За даними Київського міжнародного інституту соціології станом на весну 2017 року в Україні спостерігався стабільний ріст користувачів Інтернету. Приблизно 63 відсотки опитаних були користувачами Інтернету [2]. А вже станом на 18 травня 2022 року щодня Інтернетом користуються 77,8 відсотків опитаних респондентів. Серед громадян віком від 18 до 29 років цей показник становить 95,7 відсотків [3]. Людина виявилася постійно підключеною до віртуального світу, і з кожним роком ця ситуація стає все гіршою [4]. І як наслідок, прив'язаність до світу віртуального призводить до відчуження від соціальних зв'язків і природного середовища. Загальні алгоритми соціальних мереж, спроектовані на принципах таргетованої реклами, легко використовуються спецслужбами країни-агресора для

впливу на наше суспільство. Оскільки Інтернет та віртуальний простір стають єдиною втечею від такої несправедливої реальності, ми всі знаходимось у небезпеці [1].

В умовах війни подібні інструменти успішно використовуються російськими спецслужбами, що стало очевидним під час виборів президента США у 2016 році. За допомогою великої кількості негативних коментарів на актуальні теми вони спровокували виборців не виходити голосувати за демократичну партію, чим забезпечило перемогу певному кандидату, якого підтримували російські спецслужби. Ці процеси детально описані Джароном Ланьє у розділі «Рух Black Lives Matter» [5, с.141].

Старі небезпеки користування інтернетом змінюються новими викликами. Багато людей починають відчувати певний соціальний тиск через тези, які розповсюджуються у соціальних мережах. Наприклад, деякі відчують пригнічення через неможливість боронити свою державу, тоді як інші почувають себе погано через соціальний тиск на них у зв'язку із їх примусовою мобілізацією, небажаючи вступати до лав ЗСУ. У кожному з цих випадків люди стикаються з соціальним тиском, який впливає на їхнє ментальне самопочуття та збільшує рівень тривожності з різних причин. Для військових, що знаходяться в окопах, проблеми людей у великих містах можуть здаватися знущанням над ними і викликати відчуття несправедливості.

Багато різних проблем виникають у медійному полі штучно, рідко відображаючи реальний стан справ. Подібною проблемою можуть виступати мовні конфлікти, коли більшість опитаних людей в Україні відповіли, що найбільше дискримінації відчують за мовною ознакою, без конкретизації мови, хоча в суспільному дискурсі відразу заговорили про дискримінацію російськомовних українців [6]. Однак, коли КМІС провів опитування "Чи зазнають російськомовні громадяни України утисків та переслідувань через російську мову?", ситуація змінилась. Більшість опитуваних не відчують пригнічення чи утисків за мовною ознакою [7]. Такі різниці в результатах обох опитувань вказують на штучний характер даної проблеми. З 2014 року Росія веде планомірну компанію про дискримінацію російської мови та російськомовних громадян в Україні.

Окремим джерелом стресу є картинки з різних трагічних епізодів війни, на які громадяни не можуть вплинути. Відчуття внутрішнього безсилля породжує емоції відчуження людини від життя суспільства загалом. В той же час для військових, які не можуть продовжити мирне життя, існує відчуття відірваності від життя суспільства, ніби оточуючий світ вже існує без них. Переглядаючи стрічку новин, вони бачать різні заходи, що відбуваються у їх рідному місті, те, що їх колеги отримують нові нагороди чи відзнаки, а у всіх, окрім них, життя продовжується. Це може породжувати відчуття відокремленості та відсутності підтримки зі сторони суспільства.

Отже, соціальні мережі можуть впливати на розвиток депресії та стресу через декілька механізмів. По-перше, фільтрація позитивних моментів: багато людей у соціальних мережах публікують тільки найкращі моменти свого життя, створюючи враження ідеального і безхмарного існування, часто відірваного від реальності. Це призводить до порівняння свого життя з іншими, які виглядають щасливіше та успішніше, що, в свою чергу, може викликати почуття невдоволеності та стресу. По-друге, соціальний тиск і стигматизація: у світі соціальних мереж суспільство накладає певні стандарти для вигляду людини. Таким чином, люди можуть приховувати свої реальні емоції та проблеми, щоб відповідати суспільним стандартам, що створює додатковий стрес. По-третє, залежність від підтвердження: велика кількість лайків, коментарів та підтримки може стати для людей важливим фактором щасливого життя. Брак цього підтвердження може викликати стрес та невдоволеність собою. По-четверте, негативні новини: розповсюдження негативних новин, спростування інформації та конфлікти в соціальних мережах підвищують рівень стресу, оскільки люди відчують себе залишеними поза цим або стикаються з неприємними ситуаціями. По-п'яте, ефект пропуску: відчуття втрати чогось важливого яке виникає при пропуску інформації чи подій, що може призвести до відчуття відокремленості та відсутності від життя суспільства.

Список використаних джерел

1. Гансен А. Інстамозок. Як екранна залежність призводить до стресів і депресії / пер. зі швед. Ганна Топіліна. 3-тє вид. Київ: Наш Формат, 2022. 200 с.
2. Динаміка користування інтернет в Україні: травень 2017. URL: <https://www.kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=705&page=1>. (дата звернення: 24.04.2023).
3. Користування інтернетом серед українців: результати телефонного опитування, проведеного 13-18 травня 2022 року. URL: <https://kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=1115&page=7&y=2022> (дата звернення: 26.04.2023).

4. Кулеба Д. Війна за реальність: як перемагати у світі фейків, правд і спільнот. Вид. 3-тє, оновл. Київ : Книголав, 2022. 384 с.
5. Ланьє Дж. Десять причин видалити акаунт із соцмереж просто зараз. Харків: Віват, 2020. 176 с.
6. Результати всеукраїнського опитування для консультативної місії європейського союзу в Україні. URL: <https://kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=1307&page=1> (дата звернення: 26.04.2023).
7. Чи зазнають російськомовні громадяни України утисків та переслідувань через російську мову: результати телефонного опитування, проведеного 26 травня-5 червня 2023 року. URL: https://www.kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=1245&page=10#_ftn2 (дата звернення: 26.04.2023).
8. Mental health. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response#> (06.01.2023).
9. Top100: Ukraine. URL: <https://music.apple.com/ae/playlist/top-100-ukraine/pl.815f78effb3844909a8259d759ecbddb> (06.01.2023).

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН В ЗМІШАНОМУ ФОРМАТІ УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

*Земляний Ярослав Вадимович,
к.мед.н., доцент кафедри внутрішніх хвороб І,
Земляна Наталія Анатоліївна,
PHD, асистент кафедри акушерства та гінекології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Вступ. Безліч дискусій велося щодо особливостей навчального процесу в умовах війни, але, мабуть, ніхто не сумнівається в необхідності забезпечення безперервності вищої освіти в Україні [2]. Освітня криза, що зумовлена війною, – це не перший випадок в історії людства. На сьогоднішній день дистанційне навчання під час війни ідентичне з навчанням під час пандемії, що може вказувати на те, що медична освіта вже пройшла певне пристосування до умов військових дій шляхом тренування умовами пандемії, тим самим забезпечила певну стабільність навчального процесу [1]. На клінічних кафедрах Запорізького державного медико-фармацевтичного університету активно використовується змішана форма навчання, яка передбачає не тільки дистанційний, але і інші формати навчання.

Основна частина. На клінічних кафедрах Запорізького державного медико-фармацевтичного університету в умовах воєнного стану, викладання клінічних дисциплін проводиться у змішаному форматі з використанням платформи MS Teams. На електронних ресурсах кафедр розміщені тематичні методичні рекомендації для підготовки до практичних занять, відео лекцій викладачів та інший допоміжний матеріал. Освітній процес проводиться з повною візуалізацією на базі платформи MS Teams. Викладач зі здобувачами освіти в режимі реального часу можуть як обговорювати теоретичні аспекти, так і займатися вирішенням клінічних задач. Однак, проблемою навчання в дистанційному форматі на клінічних кафедрах є складності викладання та засвоєння практичних навичок. В Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті для викладання практичних навичок активно використовуються програма Body Interact. Вона дозволяє в дистанційному форматі проводити розбір тематичних кейсів з різних дисциплін, таких як внутрішні хвороби, хірургія, педіатрія, акушерство та гінекологія. Також перспективним є створення симуляційних центрів в безпечних умовах, де студенти можуть відпрацьовувати практичні навички під безпосереднім керівництвом викладачів.

Висновки. Таким чином, змішана форма навчання з використанням платформи MS Teams, Body Interact та симуляційних центрів дозволяє забезпечити якісне викладання клінічних дисциплін на кафедрах Запорізького державного медико-фармацевтичного університету в умовах воєнного стану.

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. Скрипник І.М. Медична освіта в умовах війни: досвід Полтавського державного медичного університету / І.М. Скрипник, Н.П. Приходько, О.А. Шапошник // Медична освіта. – 2022. – № 3. – С. 60–64.

ФІЛОСОФСЬКА РОЗВІДКА ОСОБЛИВОСТЕЙ АДАПТАЦІЇ УКРАЇНЦІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

Мартищенко Уляна Євгенівна,
студентка 1 курсу спеціальності «Філософія»
Колінько Марина Вадимівна,
д.філос.н., професор кафедри філософії та релігієзнавства,
Київський столичний університет ім. Бориса Грінченка

Коли молодий вчений запитав філософа Епіктета, як йому діяти в будь-якій ситуації, грецький стоїк відповів: «Було б краще сказати: “Зроби мій мозок пристосованим до будь-якої ситуації”». У світі, який постійно і стрімко змінюється, людям треба вміти краще пристосовуватись до запропонованих соціальних обставин, інакше це призведе до деградації, стагнації, відчуття самотності, невизначеності і трагічності життя.

Адаптивні стратегії і практики завжди віддзеркалюють тенденції і особливості соціального простору, в якому існує людина. Вони нерозривно пов'язані із соціокультурними, політичними, повсякденними умовами буття і враховують дискурсивний простір людського спів-буття у спільноті. Вторгнення Росії в Україну призвело до великої кількості загиблих серед цивільного населення та учасників бойових дій. Тисячі сімей були вимушені покинути власні домівки, стали внутрішніми переселенцями або мігрантами. В стресових обставинах війни адаптуватися до соціально-економічних ризиків, психологічних викликів, нових умов життя вкрай важливо. Тому тема нашої наукової статті – проблема людської адаптивності та соціального пристосування до умов війни є вкрай актуальною. Автори надали стислі результати і висновки свого дослідження.

Люди неймовірно адаптивні. Ми швидко знижуємо чутливість і розвиваємо толерантність. Наприклад, соціологічні дослідження показують, що чимало людей розвинули в собі толерантне ставлення до вульгарності й жорстокості на телебаченні через те, що ці явища постійно там присутні. Б. Харді стверджує, що «оскільки ми живемо у споживацькому суспільстві, наш рівень толерантності може сильно давати маху. Ми харчуємося продуктами з великим вмістом цукру, і смакові рецептори виходять з ладу настільки, що ми перестаємо відчувати задоволення від здорової та корисної їжі. Ми миримось з болем у суглобах, голові та здуттям живота, наче це норма» [2, р. 3]. Це пояснює, чому для українців з часом стали буденними сигнали повітряної тривоги, постійне емоційне напруження і ракети у небі. Українці проявили неймовірну адаптивність і силу духу під час повномасштабного вторгнення. Український народ виявив високий рівень *солідарності* та *громадської активності*. Саме такі характеристики грають ключову роль у створенні взаємопідтримки та взаємодопомоги в умовах кризи, що в подальшому допомагає людям наново віднайти себе і пристосуватись до нової реальності, в якій їм доводиться жити.

Самоорганізація також визначає шлях до успішної адаптації під час війни. Саме вона спрацювала з перших днів повномасштабного вторгнення. Сили територіальної оборони, волонтерські організації, мешканці районів, сіл, міст допомагали військовим. Майже за 2 роки війни соціо-психологічна міцність і спроможність до змін склали матрицю коду нації.

Психологічна стійкість є міцним ресурсом у подоланні стресу та тривоги. Сприймаючи невизначеність та напруження як частину свого життя, українці шукають конструктивні способи справлятися із стрімким перебігом подій і якнайшвидше адаптуватись до змін. Як основний чинник вдалої адаптивності нашого народу слід відзначити феномен *культури виживання*, що історично розвивався і підтримував життєстійкість українського суспільства. Українці, особливо ті, хто проживає в небезпечних регіонах, у зоні воєнних дій, розвинули високий рівень культури виживання, як свідчать українські соціологічні дослідження [1]. Під постійним тиском загрози життю і емоційного напруження люди змушені швидко вчитися ефективно реагувати на стресові ситуації, пристосовуватись до нових умов. Люди стають перед вибором: або пристосовуєшся і продовжуєш жити, або виклики невдалої адаптації можуть спричинити руйнування особистого життєсвіту.

У праці «The Paradox of Choice» американський психолог Баррі Шварц пише: «Знання, що ви зробили вибір, який не збираєтесь змінювати, дає вам можливість вкладати сили в поліпшення цих взаємин замість того, щоб будувати домисли» [4, р. 7]. Ми не можемо в короткочасній перспективі позбавитись реалій війни, отже у нас немає іншого вибору, аніж спробувати жити в такій реальності. Кожне середовище має свій рівень складності, і з кожним новим викликом ми стаємо сильнішими. Якщо не адаптуватись успішно до поточного середовища, буде важко адаптуватись далі, де викликів може бути ще більше.

Соціальне пристосування до війни — це складний та динамічний процес, який вимагає взаємодії різних секторів суспільства для забезпечення стабільності, безпеки та добробуту у воєнний період. Пристосування до війни включає в себе різні аспекти адаптації суспільства до воєнних умов. Важливим аспектом соціального пристосування до війни є економічні заходи (мобілізація ресурсів, реструктуризація виробництва до потреб оборони). Ключові позиції, які ми маємо враховувати у соціокультурному пристосуванні, є можливі зміни в соціальних ролях, сімейному житті. Наприклад, жінки опановують військові спеціальності або ролі, які не були їм притаманні у мирний час. Успішні бізнесмени, актори, політики стають волонтерами або боронять країну зі зброєю.

Психологічне пристосування вимагає осмислення стратегій долаття стресу і інструментарію психологічної підтримки. Важливу роль у процесах адаптації грають організаційні механізми державних і недержавних установ, рухів, система гуманітарної допомоги. Комунікаційне пристосування спонукає опрацьовувати інформаційну стратегію держави, що включає аналітику інформаційних потоків, запобігання паніці під час війни. Раніше ми оприлюднили дослідження інформаційних стратегій в умовах війни, де зазначали: «In the contemporary world, the selection of information and the ability to present it affects the processes of perception and attitude of people towards the events of social life within the limits set by the customer of information. The political space of each society creates its own information environment that reflects the internal and external processes of the country» [3, p. 9]. Ми узагальнили методи інформаційної війни, які впливають на адекватність сприйняття людиною повсякденної і політичної реальності, зокрема «replacing rational critical perception of phenomena with emotions; dissemination of the event in a broad context; social depersonalization; creating images of enemy countries and fortress country, Westsplainning; personification of the event; a quick conspiratorial presentation of the phenomenon, which leads to an overload of consciousness; gaslighting as the deliberate manipulation of people to create a false reality that is then used to control the victim» [3, p. 13]. Треба навчатися, тренувати свою свідомість на критичність, формувати довіру до інформаційних джерел за допомогою логіки, співставлення фактів, аналітики.

Психологічно-емоційний стан впливає на якість пристосування суб'єкта до середовища. Згідно із дослідженням соціологічної групи “Рейтинг”: *«Війна внесла корективи до емоційного стану українців. У спокійному емоційному стані перебувають лише 8% опитаних. До війни цей показник складав 22-26%. Найбільш напруженими почуваються старші люди та жінки. Серед чоловіків у стресі перебувають лише 35% респондентів. Оптимізм та адаптивність українців промовляє цифрами: лише 5% респондентів зазначили, що перебувають у складній ситуації. Ще 44% зазначали, що мають труднощі, але вони терпимі. Решта опитаних відзначила, що вони знаходяться у відносно нормальних обставинах.*

Психологічно найскладніше тим українцям, які вимушено змінили місце проживання (особливо мешканцям східних областей) або втратили роботу. При цьому 50% опитаних активно намагаються вирішувати свої проблеми. Спеціалісти соціологічної групи зазначають, що для умов війни це показник хорошої адаптації до ситуації та прийняття відповідальності за своє життя на себе. Найменш активні – мешканці сходу, вони більше звертаються за допомогою. Молодь більше схильна перечекати та не поспішати з рішеннями (40%). Так само діють й ті респонденти, які втратили роботу» [1].

Висновки. Вивчення адаптивності та пристосування до війни має надзвичайну теоретичну актуальність і соціально-практичні перспективи, є ключовим дослідницьким кейсом, який може бути використаний у конструюванні стійких та ефективних стратегій взаємодії у суспільстві під час війни.

Наша аналітична розвідка показала, що українці у важких умовах війни виявили велику емоційну адаптивність та силу духу. Соціологічні дослідження підтверджують, що війна внесла корективи у емоційний стан населення, зменшивши рівень спокою та підвищивши напругу серед громадян. Незважаючи на труднощі і визнання життєвої ситуації складною, значна частина суспільства демонструє толерантність та оптимізм. Активна життєва позиція, спрямована на вирішення проблем та готовність до самостійних дій визначається як конструктивна стратегія адаптації українців до важких обставин. Найважливішим фактором виявляється єдність та взаємодопомога українців на мікро- і макрорівнях суспільства, активізація рівня соціальної підтримки. Українці продовжують виявляти силу, витривалість та здатність пристосовуватись до непередбачуваних обставин завдяки історично підтвердженій культурі виживання. В їхніх діях проявляється рішучість створювати позитивне майбутнє навіть у найскладніших обставинах.

Список використаних джерел

1. Восьме загальнонаціональне опитування: Психологічні маркери війни (6 квітня 2022 р.). Соціологічна група «Рейтинг».
URL: <https://ratinggroup.ua/research/ukraine/b29c8b7d5de3de02ef3a697573281953.html>
2. Hardy Benjamin. Willpower doesn't work. New York: Hachette Books, 2018. 256 p.
3. Kolinko M., Petryshyn H. Simulacra and fakes in the information warfare. Skhid (East). 2022. Vol. 3 (3). P. 9-14.
4. Schwartz Barry. The Paradox of Choice. New York: Harper Perennial, 2004. 265 p.

ПРИНЦИПИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ ІЗ ТРАВМАМИ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ

Кологойда Владислав Русланович
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
Науковий керівник: к.н.фіз.вих., доцент Циганок В.І.

Актуальність теми. Процес фізичної реабілітації спортсменів із травмами колінного суглоба постійно удосконалюється [3, с. 107; 4, с. 419]. Зокрема, використовується різні варіанти терапевтичних вправ, ізометрична гімнастика, стретчинг, традиційний і міофасціальний масаж, тейпінг, проводиться механотерапія за допомогою апаратів для пасивної та активної розробки рухів у колінному суглобі, а також поєднання різних методик і технологій [1, с. 69].

Таким чином, постійна розробка та вдосконалення програм реабілітації, спрямованих на оптимізацію процесу відновлення після травми, а також дотримання принципів терапії є особливо актуальною.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати принципи реабілітації спортсменів із травмами колінних суглобів.

Методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення науково-методичної літератури.

Результати дослідження. Дотримання принципів фізичної реабілітації під час реалізації програми відновлення є вкрай важливими. Ці принципи розкривають загальні підходи до відновного лікування при ураженні колінного суглоба та післяопераційного його відновлення у разі артроскопічних втручань [2]:

1. Принцип встановлення лікувальної цілі (цілей) – довготривала мета має передбачати кілька етапів. Причому перехід до наступного етапу можливий тільки після закінчення попереднього.

2. Принцип специфічної адаптації до заданих вимог – необхідно визначити цілі конкретного пацієнта й очікуваний рівень активності та навантажень колінного суглоба для розроблення індивідуальної програми реабілітації, оскільки цілі реабілітації професійного спортсмена та звичайної людини відрізняються.

3. Принцип постійного контролю – передбачає початкове оцінювання функціонального стану м'язів та обсягу рухів у колінному суглобі і періодичне повторне оцінювання для визначення ефективності та реакції пацієнта на реабілітацію.

4. Принцип функціонального прогресування – необхідно просуватися від найпростіших вправ до більш складних із подальшим повним відновленням функції колінного суглоба.

5. Принцип ранньої реабілітації – реабілітація має бути спланована і її слід починати ще до втручання, а в ідеальному варіанті – з моменту травми чи діагностування захворювання колінного суглоба.

6. Принцип бережного ставлення до тканин колінного суглоба, які відновлюються або перебувають у стадії загоєння (такі тканини ніколи не можна перенавантажувати та повторно травмувати).

7. Принцип швидкості відновлення – відновлення тканин колінного суглоба відбувається набагато швидше, ніж їх розвиток. Тобто професійний спортсмен набагато швидше повернеться до своїх результатів, ніж звичайна людина їх досягне.

8. Принцип відсутності болю – реабілітація має проходити при адекватному знеболенні, або за відсутності больового синдрому, який значно погіршує «якість життя» пацієнта.

9. Принцип зворотного зв'язку – пацієнта слід інформувати про рівень його досягнень для його постійного поліпшення, а він (пацієнт) своєю чергою має інформувати спеціаліста про проблеми, які виникають у процесі проведення реабілітаційних заходів.

10. Принцип зв'язку між ланками реабілітаційного процесу – має бути тісний взаємозв'язок між пацієнтом, хірургом (ортопедом- травматологом), фізичним терапевтом, психологом та іншими членами реабілітаційної команди.

11. Принцип доказовості – програма реабілітації має відповідати сучасному стану розвитку науки й використовувати всі найновіші досягнення у фізіології тканин КС та психології людського організму.

12. Принцип безперервності та регулярності – реабілітація в ідеалі має починатися від самого виникнення захворювання або травми колінного суглоба і постійно продовжуватися аж до повного повернення людини до попереднього стану.

13. Принцип комплексності – проблема реабілітації колінного суглоба має бути вирішена комплексно, з урахуванням усіх її аспектів (медичних, соціально-економічних, побутових, психологічних тощо).

14. Принцип гнучкості – при реабілітації слід враховувати зміни в перебігу хвороби і стану людини та практично щоденно корегувати реабілітаційні заходи відповідно до поточного стану пацієнта та локально – колінного суглоба.

15. Принцип доступності – реабілітація має бути доступною та проводитися тими засобами (у тому числі і технічними), які можливо реально застосовувати для конкретного пацієнта упродовж необхідного часу.

Висновки. Важливість дотримання принципів реабілітації є невід'ємною складовою ефективного та безпечного процесу відновлення фізичних функцій та активності після травм колінного суглоба у спортсменів. Спортивні травми можуть стати перешкодою для повноцінного функціонування спортсменів та підірвати їхні спортивні досягнення, тому важливість ретельної та систематичної реабілітації надається великою увагою у спортивній практиці. Правильно спланована та ретельно виконана програма реабілітації дозволяє зменшити ризик повторних травм, відновити функціональність пошкоджених тканин та структур, покращити рухові можливості та повернути спортсмена до попереднього рівня фізичної активності. Принципи реабілітації відіграють важливу роль у досягненні успішного відновлення та поверненні спортсмена до спортивної діяльності.

Таким чином, виконання принципів реабілітації є ключовим аспектом у досягненні успішних результатів та поверненні спортсменів до повноцінного заняття спортом після травм або операційних втручань.

Список використаних джерел

1. Корольков О.І., Болховітін П.В., Королькова А.О., Наср Аль Калі. Результати застосування методу безперервного пасивного руху в процесі фізичної реабілітації пацієнтів з патологією колінного суглоба. Слобожанський науково-практичний вісник. 2017. № 4(60). С. 68–72.
2. Мухін ВМ. Фізична реабілітація. 3-є вид. Київ: Олімпійська література; 2009. 488 с.
3. Vasileios K., Argyro K., Alexandra K., Stefanos K., Rodney W. Current perspectives and clinical practice of physiotherapists on assessment, rehabilitation, and return to sport criteria after anterior cruciate ligament injury and reconstruction. *Physical Therapy in Sport*. 2021. № 52. P.103–114.
4. Werner K., Zellner J., Baumann F., Pfeifer C., Nerlich M., Angele P. Timing of anterior cruciate ligament reconstruction within the first year after trauma and its influence on treatment of cartilage and meniscus pathology. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2017. № 25(2). P. 418–425.

ЦІНА І ЦІННОСТІ ВІЙНИ

Левченко Євгенія Вікторівна
к. філос.н., доцент кафедри філософії гуманітарних наук
Київського національного університету імені Тараса Шевченка

*Той, хто знає, навіщо жити,
може витримати майже будь-яке як*
Ф.Ніцше

Нині у третьому десятилітті ХХІ ст. світ знову перебуває на порозі глобальної війни. Джерела конфліктів розгортаються у багатьох регіонах світу: на Близькому Сході, Північна Корея інтенсифікує випробовування різних видів озброєння, протистояння Китаю та США щодо гарантій безпеки о. Тайвань, повномасштабна військова агресія росії проти України тощо.

Військова агресія росії проти України змусила українців кардинальним чином переосмислити своє ставлення до життя, до речей, до самих себе. Світ, люди навколо набувають ціннісного означення через усвідомлення людиною дії зовнішніх обставин, які вона змінити не здатна, проте вона спроможна змінити ставлення до них.

Терміни «ціна» і «цінності» є однокореневими, проте протилежними за змістом. Ціна – це економічна категорія, що позначає грошовий вимір вартості. Іншими словами, та кількість грошей, за яку продавець реалізує товар, а покупець готовий заплатити за одиницю товару. Війна, безумовно, має величезний вплив на ціни, які, у свою чергу, можуть виявитися надто великими для сприйняття. Вона приносить величезну руйнацію, людські страждання, втрату життів і майна. Війна – це ще й залучення величезних ресурсів, які є дуже вартісними, наприклад, новітні види озброєння та їх утримання; побудування фортифікаційних споруд, створення й підтримка належного стану флоту (повітряного, морського) тощо. Все це є доволі вартісними аспектами війни.

Проте цінності це дещо набагато складніше. Цінності – це те, що особливо важливе для людини. Їх усвідомлення та реалізація дають можливість людині набувати нового виміру свого існування, яке є якісно відмінним від усього, що існує – стати особистістю, отримувати задоволення від своєї праці; цінності – це джерело для мотивації людини. Вони визначають сенс її життя, що в ньому є найважливішим, найголовнішим, визначальним. Цінності визначають **як** людина хоче жити, якою людиною хоче бути, чим наповнювати своє життя. «Активне життя служить меті реалізації цінностей у творчій праці, тим часом як пасивне життя, спрямоване на отримання насолоди, уможливує отримання задоволення від споглядання краси, мистецтва або природи. Але є сенс і в тому житті, яке повністю позбавлене творчості і насолоди і яке залишає лише єдину можливість продемонструвати високоморальну поведінку, а саме у ставленні людини до власного існування, обмеженого зовнішніми силами. Людину позбавили творчого життя й насолоди. Але не тільки творчість і насолода мають сенс. Якщо взагалі існує сенс життя, то мусить бути сенс і у стражданні. Страждання – це невід’ємна частина життя, так само як доля і смерть. Без страждання і смерті життя людини не сповнене» [1, с. 81 – 82]. Ставлення людини до власної долі й визначає її ціннісні орієнтири, її переконання і за будь-яких обставин надавати життю відповідного сенсу. Такі міркування висловлював В.Франкл – відомий психоаналітик, в’язень концентраційних таборів під час Другої світової війни. Те саме переживають нині й українці, які перебувають в різних умовах: хто у війську, хто у якості волонтера, медика, внутрішньо переміщені особи, мігранти тощо. Українці не обирали цю війну, проте вони знайшли в собі сили й мужність дати бій. І у цьому виборі – точно не соромно. Українці обрали свободу, що є найвищою цінністю – бути собою, визначати самим свій подальший розвиток. «Людину можна позбавити всього, крім єдиного – останньої людської свободи – обирати власне ставлення до будь-яких наявних обставин, обирати власний шлях» [1, с. 80]. Якщо людина підкорюється зовнішній силі – це позбавляє людину сутності, вона, врешті, стає іграшкою обставин, відрікається від свободи і гідності.

Війна може викликати мобілізацію, солідарність, відданість ідеям чи країні, але водночас породжує жорстокість, ненависть та призводить до порушень прав людини та міжнаціональних конфліктів. Вона також може відображати цінності влади, контролю, територіального володіння, але за рахунок величезних втрат, цінності мирного співіснування.

У післявоєнний період вартість війни може бути вимірною. Сторона, яка розпочала військову агресію з необхідністю має виплатити репарації державі, яка зазнала нападу, руйнувань, знищення інфраструктури для її відновлення, подальшого заселення. Наприклад, Німеччина, за умовами Версальського мирного договору, виплатила репарації аж у 2010 році.

А як бути з цінностями? В цьому сенсі не можна виміряти вартість людського життя, мирного сну дитини, спокій літніх батьків тощо. Втрату житла, можна виміряти у грошовому еквіваленті, за його ринковою ціною, проте не можна виміряти життя, яке там було, тих зусиль, які прикладали для його облаштування. Як відновити довіру між людьми, у міжнаціональному спілкуванні? На ці питання складно відповісти. Світ знову жахнувся від звірств і жорстокості, які несе «русский мир», і при цьому, намагається нав’язати світу свою позицію. Російсько-українська війна показує світу, що структури, які були створені після завершення Другої світової війни мають бути трансформовані, адже становлення цінностей – це процес, проте людське життя, свобода, гідність, честь мають бути базисними для подальшого розвитку відносин як на глобальному, так і на локальному рівнях, де ціна і цінності не мають бути співмірними.

Список використаних джерел

1. Франкл В. (2022). Людина у пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі. Пер. з англ. Олени Замойської. Харків КСД. 160 с.

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК В СИСТЕМІ СУЧАСНОЇ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ: МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД

*Павлюченко Михайло Іванович, кандидат медичних наук,
доцент кафедри акушерства і гінекології,
Сюсюка Володимир Григорович, доктор медичних наук, професор,
в.о. завідувача кафедри акушерства і гінекології,
Ганошенко Юрій Анатолійович, кандидат філологічних наук,
доцент кафедри культурології та українознавства,
Карпенко Тетяна Володимирівна,
директор Наукової бібліотеки,
Пономаренко Олена Володимирівна,
заступник директора Наукової бібліотеки,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Прагнення обґрунтування доцільності обговорення між викладачами клінічних кафедр, фахівцями методичного кабінету й наукової бібліотеки актуалізує питання – яке місце займає навчальний посібник в сучасній системі підготовки студентів-медиків? Саме тому пропонуємо, взявши за беззаперечну константу, що цільова аудиторія, для якої готуються навчальний посібник, – це студент медичного університету, стисло відповісти на декілька питань. Яке значення має навчальний посібник порівняно з підручником, монографією чи науковою статтею? Які основні вимоги до навчального посібника, що повинні забезпечити, перш за все, його актуальність для студентської спільноти в умовах сьогодення? Який вигляд буде мати навчальний посібник вже у найближчому майбутньому?

Як відомо, монографія і наукова стаття (за винятком оглядових статей) внаслідок публікації авторами результатів власних досліджень наукової проблеми завжди знайдуть свою цільову аудиторію, і не тільки серед студентів.

Що ж стосується підручника та навчального посібника, то для цих навчально-методичних видань аудиторія чітко обмежена студентами медичних навчальних закладів. Безумовно, підручник як навчальне видання, що містить систематизований виклад усієї навчальної дисципліни, з нашої точки зору, залишиться основою навчального процесу, і можлива лише зміна форми. Наприклад, з аналогового (паперового) варіанта на лише електронний. Незважаючи на всі переваги підручника, існує щонайменше один вагомий недолік, а саме періодичність видання підручника. Навіть з урахуванням перевидань, далеко не завжди є відповідність до темпів і вимог розвитку сучасної науки. З огляду на такі обставини – навчальний посібник надасть можливість заповнити цей тимчасовий навчальний вакуум. З самого визначення навчальний посібник – це навчально-методичне видання, що, в першу чергу, доповнює підручник. І тому існує можливість через видання навчального посібника своєчасно вносити актуальні корективи до викладання навчальної дисципліни, що є найпереконливішим аргументом на користь цього виду видання.

Які ж вимоги до навчального посібника дозволять йому бути актуальною/затребуваною формою у навчальному процесі? Так, наукові джерела необхідно використовувати переважно ті, що були опубліковані на платформах загальнонавчаних баз наукової літератури (Web of Science, Scopus), або з Наказів МОЗ, галузевих стандартів та клінічних настанов, які засновані на принципах доказової медицини. Варто використовувати наукові джерела за останні 5 років, з акцентуванням на даних за останні 1-3 роки. Наукові дані, опубліковані раніше, використовуються виключно за умови відсутності більш сучасних видань і за умови обґрунтованої потреби їх цитування. Зміст і форма викладання матеріалу має перш за все бути актуальною та відповідати потребам й запитам потенційного цільового читача (здобувача).

І, нарешті, спроба зазирнути в недалеке майбутнє. Загальновідомо, що навчальний посібник – це систематизація автором даних з актуальних наукових джерел за обраним розділом навчальної дисципліни. Зазвичай автор акумулює відповідні дані, систематизує їх у тому вигляді, який він вважає за оптимальний для студентської аудиторії, і презентує результат своєї праці. Незаперечним є той факт, що вже в найближчий час перед науковою та викладацькою спільнотою постане ще одне питання: чи можемо ми використовувати можливості штучного інтелекту (чат-бот, Chatbot) при написанні, наприклад, навчального посібника? Безумовно, переваги очевидні: штучний інтелект на сучасних комп'ютерних платформах за лічені секунди закумулює (викладачеві для цього потрібні щонайменше тижні) та й ще сформулює найсучасніші дані з обраної наукової проблематики. Дуже зручно. Але треба визнати, що це буде вже не наш погляд на проблему, а погляд інших науковців, згенерований навіть не людиною. Чи готові ми до цього?

ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АРТТЕРАПІЇ В МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ

*Панькович Лариса Василівна,
завідувач відділення фізичної реабілітації, Територіальний центр соціального обслуговування (надання соціальних послуг) Шевченківського району м. Києва,
Елланська Наталія Григорівна,
молодший науковий співробітник лабораторії професійно-трудової реабілітації
ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України»,
Томаревська Олена Сергіївна, канд. мед. наук,
старший науковий співробітник лабораторії професійно-трудової реабілітації
ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України»*

Анотація. В дослідженні описано авторський метод з психофізіологічними особливостями арт-терапії в реабілітації пацієнтів після ішемічного інсульту під час воєнного часу в Україні. Показана ефективність та позитивний синергізм в лікуванні.

Ключові слова: арттерапія, інсульт, реабілітація, психофізіологія

Abstract. The study describes the author's method with psychophysiological features of art therapy in the rehabilitation of patients after ischemic stroke during wartime in Ukraine. Effectiveness and positive synergism in treatment are shown.

Key words: Art Therapy, Stroke, Rehabilitation, Psychophysiology

Швидкоплинний розвиток суспільства, життя українців у складному світі нестабільності, невизначеності та неоднозначності призводить до підвищення рівня психологічної напруги. Особливого значення у психічному здоров'ї людей набуває проблема пандемічної поширеності депресивних реакцій на різні стресові ситуації, які характеризуються низкою супутніх симптомів.

В останні десятиріччя проблема депресій переживає період чергового поживлення. Це, передовсім, обумовлено помітним зростом депресивних розладів, «включеністю» депресивних симптомів у структуру багатьох інших сучасних не лише психічних, але й соматичних захворювань, а також суттєвим соціально-економічним значенням депресивних станів. Тому невміння або несвоєчасне розпізнання депресій може призвести до того, що значна частка пацієнтів взагалі опиниться без спеціалізованої допомоги. Звідси витікають прямі медичні і економічні втрати, зростання ризику суїцидонебезпечних дій цієї групи хворих.

Серед причин цього явища називають численні психотравмуючі чинники, патоморфоз психічних захворювань, який визначає перевагу афективних проявів і призводить до затяжного перебігу, появи стертих форм депресивних розладів, тимчасової або стійкої втрати працездатності [1]. Аналіз спеціальної літератури показав тенденцію збільшення останніми роками в популяції хворих з депресіями [2,3,7,5,6,11].

Депресія – depression (франц. depression – придушувати, пригнічувати) – афективний розлад, при якому індивід страждає від негативного настрою, втрати інтересів і задоволення, зниження енергійності, що може призвести до підвищеної стомлюваності і спаду активності [10].

Пацієнти з постінсультною депресією відчувають нудьгу, печаль, тугу, відчай, відсутність мотивації та енергійності, внутрішню порожнечу, самоосуд, саморуйнування, мають певні когнітивні дисфункції; відчуття безнадійності, провини, стурбовані своєю безпорадністю. Також, відмічаються прояви загальмованості мислення, небажання спілкування, можливі суїцидальні думки. Така хвороблива поведінка пацієнтів стає обмежувальною, вона полягає в зменшенні загального обсягу функціонування із значним незадоволенням якістю власного життя [8].

Депресія зменшує відновлення рухових порушень, значно подовжує реабілітаційний процес, погіршує когнітивні функції, соціальну активність і в цілому якість життя пацієнта [12, 13].

Методика психокорекційної роботи з подолання депресії у пацієнтів після ішемічного інсульту

Аналіз отриманих даних констатуєчого дослідження засвідчив, що переважна більшість пацієнтів після ішемічного інсульту, а саме 10 з 13 осіб, мають депресію від легкого та помірного до вираженого і глибокого ступеня тяжкості.

Було встановлено, що пацієнтам після перенесеного ішемічного інсульту, в більшості випадків, притаманні такі особливості емоційної сфери, як гіпотимія, розгубленість, апатія, тривога та дисфорія.

Тому ці пацієнти потребують цілеспрямованої і планомірної психологічної корекції.

Як вже зазначалось, депресія знижує активність і мотивацію людини, погіршує когнітивні функції, соціальну активність, енергійність, негативно впливає на якість життя особи в цілому, а також значно ускладнює одужання та результат реабілітації, що обумовлює необхідність корекції цього явища у пацієнтів після інсульту.

У відповідності з результатами констатуючого дослідження було вирішено розробити спеціальну методику корекції депресії у пацієнтів після ішемічного інсульту. Враховуючи те, що післяінсультна депресія є складною, в наслідок того, що розвивається на органічному фоні, то психокорекційна методика застосовувалась разом медикаментозною терапією (призначалася лікарем-неврологом) як основного захворювання, так і супутніх.

Мета корекційної методики полягає у наступному: зниження ступеню виразності депресії, відновлення цілісності особистості.

Психокорекційна методика подолання депресії включала наступні етапи:

I. Настановчий (2 заняття), де основним завданням було налагодження контакту з пацієнтом, встановити довірливі відносини, налаштування на співпрацю.

II. Підготовчий (2 заняття), де основним завданням було структурування занять з урахуванням індивідуального підходу, застосування психоосвітніх втручань не тільки по відношенню до пацієнта, а й до членів його родини.

III. Реконструктивний (13 занять), де основним завданням була психокорекція депресії у пацієнтів після ішемічного інсульту.

IV. Закріплюючий (4 заняття), де основним завданням було закріплення у пацієнтів після ішемічного інсульту адекватного емоційного реагування на тривожні та стресові ситуації.

Спеціальні психокорекційні заняття проводились 3 рази на тиждень, форма роботи була індивідуальною. При авторській розробці занять переважно були використані арттерапевтичні техніки, запропоновані Н. Калькою і З. Ковальчук («Практикум з арт-терапії»), а також додаток 2 до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія» [4, 9].

Апробування спеціальної методики подолання депресії у пацієнтів після ішемічного інсульту відбувалось у відділенні реабілітації пацієнтів з порушенням мозкового кровообігу ДУ «Інститут геронтології НАМН України» в кабінеті психолога.

Загальні вимоги до проведення психокорекційних занять були наступними:

- загальна тривалість заняття не повинна перевищувати 45 хвилин;
- для проведення заняття необхідно обрати окреме приміщення (кабінет), яке розташоване подалі від різних джерел підвищеного шуму;
- кабінет повинен «гарантувати» конфіденційний захист під час проведення психокорекційного заняття, створити довірливу атмосферу.

Всі ці вимоги дають позитивний ефект при роботі з післяінсультними пацієнтами, що мають депресію.

I. Настановчий етап. Загальна мета: встановити емоційний контакт з пацієнтом з депресією та позитивно налаштувати на проведення занять, а саме зняти психологічне напруження, зосередити увагу, збудити інтерес та мотивацію, націлити на активну спільну діяльність.

Заняття проводилось у формі індивідуальної бесіди. Встановлення контакту починалося із «зустрічі поглядів», з акцентом на відкритість і довірливість. Легка посмішка, нахил корпусу та голови в бік пацієнта з депресією, зацікавленість у виразі очей – все це сприяло доброзичливому ставленню до співрозмовника. Після контакту очей відбувалося вітання з пацієнтом, після чого робилася невеличка пауза. Це обумовлене тим, що у більшості пацієнтів внаслідок інсульту, уповільнюються когнітивні процеси, тому пауза потрібна для того, щоб людина мала змогу «включитися» в розмову. Важливим моментом було звертатися до пацієнта на ім'я та по батькові, бо для людини звук її імені є найсолодшим і найважливішим звуком людської мови, що мало вже з першого заняття, позитивний психотерапевтичний вплив.

На першому і другому занятті фахівець представлявся і проговорював про те, що об'єднує його з пацієнтом у співпраці, акцентував увагу на відкритості і партнерстві, окреслював цілі, пріоритети, завдання, перспективи та ефективність проведених психокорекційних занять. Кожному з пацієнтів говорилось щось приємне і цікаве про нього. Це сприяло створенню доброзичливої атмосфери для подальшого плідного взаємного спілкування.

II. Підготовчий етап. Загальна мета: формування активності, зацікавленості, мотивації, самостійності, ініціативності пацієнтів з депресією шляхом застосування психоосвітніх втручань. Настанова на важливість емоційної підтримки пацієнта з депресією з боку членів родини і близьких

людей. Під час психокорекції депресії психоосвіта застосовувалася не тільки по відношенню до пацієнтів, а й стосувалася членів його родини. Психоосвітні втручання – це втручання, під час яких пропонується освіта людям із психологічними розладами або фізичними захворюваннями з приводу самого захворювання, його причин та факторів ризику, методів втручання способу життя тощо.

Перевагою психоосвітнього втручання було те, що воно є менш вартісними, легшими в застосуванні та потенційно доступнішим. Крім того, психоосвітнє втручання є доказово ефективним для лікування або попередження психічних розладів. Збільшення знань про депресію та її лікування покращує прогноз і значно зменшує психосоціальне навантаження на родини.

У межах психоосвіти із залученням елементів мотиваційного інтерв'ю пацієнту в доступній для нього формі надавалась інформація про депресію як таку, стан здоров'я самого пацієнта, імовірні варіанти перебігу захворювання, та рекомендації щодо немедикаментозного (призначається психологом) і медикаментозного (призначається лікарем-психіатром або лікарем-неврологом) лікування в усній та письмовій (друкованій) формах.

Пацієнтам та їх родичам надавали психоосвітню інформацію у вигляді Інформаційного листа про депресію для пацієнта.

З метою активізації когнітивних функцій, які є часто порушеними у пацієнтів після інсульту, психолог просив прочитати «Інформаційний лист про депресію» вголос, а також переписати текст листа від руки. Проте, потрібно зазначити, що для деяких пацієнтів, як наслідок інсульту, були притаманні геміанопсія та наявність неглект. В таких випадках зміст «Інформаційного листа про депресію» зачитувався психологом чітко і виразно в дещо сповільненому темпі із застосуванням мотиваційних питань.

Отже, згідно з рекомендаціями інформаційного листа пацієнтам рекомендували дотримуватися здорового і доповненого харчування, режиму сну, психогігієни, спілкування, слідкувати та підтримувати власне фізичне здоров'я (враховуючи рекомендації фізичного терапевта та/або ерготерапевта щодо виконання фізичних вправ при парезах та/або паралічах верхньої та/або нижньої кінцівки внаслідок інсульту).

III. Реконструктивний етап. На даному етапі ми застосували арттерапевтичну методику. Загальна мета: допомогти пацієнту з депресією усвідомити власні почуття, переживання і освоїти нові ефективні стратегії поведінки і реагування на стресові ситуації. Вивести пацієнта зі стану «емоційної анестезії», навчити самостійно знаходити необхідні форми емоційного реагування, розповідати про себе і свої бажання без сором'язливості, відзначаючи при цьому свої позитивні якості й не приховуючи негативних. Шукати і спиратися на позитивні моменти, творити установки на щасливе майбутнє.

Таким чином, дана психокорекційна методика була впроваджена на протязі серпня – вересня 2023 року. Під час проведення підготовчого етапу вдалося провести структурування занять з урахуванням індивідуального підходу, сформувавши в учасників експерименту активність, самостійність. Також вдалося застосовувати психоосвітні втручання по відношенню членів родини пацієнтів з депресією, долучити їх до співпраці. На реконструктивному етапі, завдяки використанню арттерапевтичних методик, вдалося сформувавши у пацієнтів самостійно знаходити необхідні засоби поведінки і адекватні форми емоційного реагування, усвідомити власні почуття, хвилювання і освоїти нові ефективні стратегії поведінки і реагування на стресові ситуації. Під час проведення закріплюючого етапу вдалося закріпити у пацієнтів позитивний емоційний фон, покращення снастрою, впевненість у своїх можливостях, адекватну самооцінку та значно знизити негативні емоційні реакції (страх, тривожність, невпевненість, невизначеність тощо).

Основною метою контрольного дослідження було: з'ясувати вплив психокорекційної методики на вираженість проявів депресії у пацієнтів після ішемічного інсульту. Для перевірки ефективності методики було обрано 10 пацієнтів, які мали депресію від мінімального ступеня виразності до глибокого. Формувальна психокорекційна методика проводилася протягом серпня – вересня 2023 року, а контрольний дослідження на початку жовтня 2023 року.

Повторна діагностика стану депресії у пацієнтів після ішемічного інсульту була проведена за допомогою методики «Диференціальна діагностика депресивних станів». Зазначена методика дослідження була аналогічна другому етапу констатуючого експерименту.

Після проведення психокорекційної програми з пацієнтами після ішемічного інсульту виявлено наявність глибокої депресії у 10 % осіб, вираженої депресії у 10 % осіб, помірної депресії у 10 % осіб, легкої депресії у 10 % осіб, мінімальної депресії у 20 % осіб і у 40 % осіб – депресія відсутня, або незначна (рис. 1).

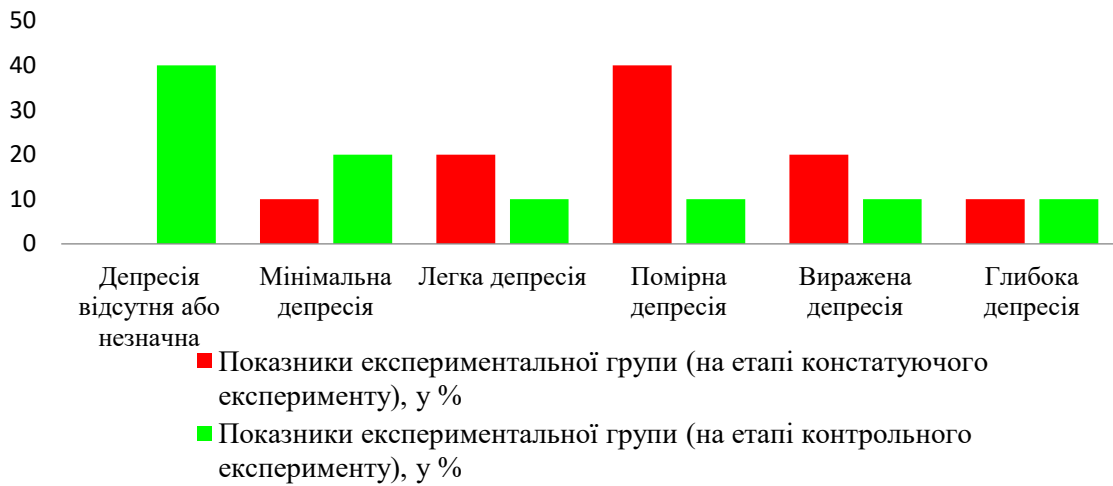


Рис. 1. Порівняльний кількісний аналіз виявлення ступеня тяжкості депресії на етапі констатуючого і контрольного експериментів

Аналізуючи результати якісного аналізу контрольного експерименту у пацієнтів після ішемічного інсульту, було встановлено, що після проведення формуючого експерименту більше ніж в два рази зменшились прояви апатії, дисфорії, розгубленості; вдвічі зменшились прояви гіпотимії, суттєво знизилась прояви тривоги і дещо знизилась прояви страху.

Порівняльний якісний аналіз

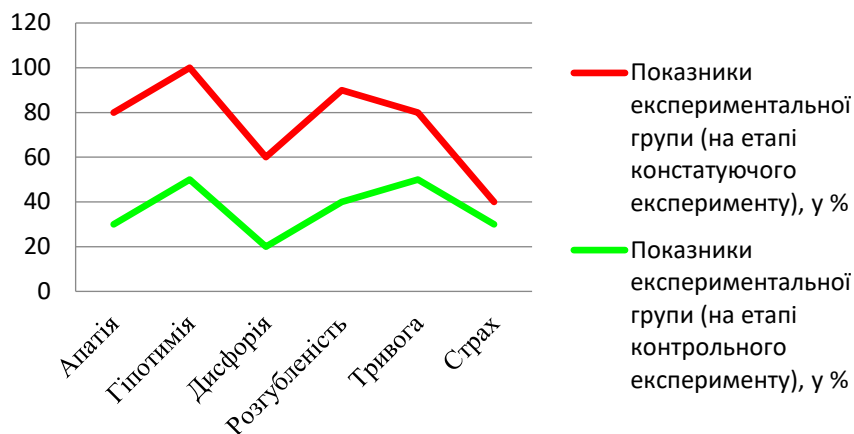


Рис. 2 Порівняльний якісний аналіз психофізіологічних особливостей емоційної сфери на етапі констатуючого і контрольного експериментів

Після проведення психокорекційної роботи по зниженню ступеня тяжкості депресії та її проявів у пацієнтів після ішемічного інсульту порівнюючи показники ступеня тяжкості депресії у пацієнтів після ішемічного інсульту експериментальної групи на етапі констатуючого експерименту з даними отриманими на етапі контрольного експерименту ми встановили, що показники ступеня тяжкості депресії, які були отримані нами на етапі констатуючого експерименту суттєво зменшились, майже вдвічі.

Якісний аналіз результатів на етапі контрольного дослідження, метою якого було встановлення особливостей емоційної сфери піддослідних за такими критеріями як апатія, гіпотимія, дисфорія, розгубленість, тривога, страх дозволив виявити у пацієнтів після ішемічного інсульту наявність апатії – у 30 %, гіпотимії – у 50 %, дисфорії – у 20 %, розгубленості – у 40 %, тривоги – у 50 %, страху – у 30 % (рис. 2).

Висновки порівняльні показники отримані на етапах констатуючого і контрольного експериментів говорять про суттєве зниження ступеня виразності депресії у пацієнтів після ішемічного інсульту, а також про значне зниження проявів депресії, що свідчить про доцільність та ефективність впровадженої спеціальної психокорекційної методики по подоланню депресії. Основною метою психокорекції депресії є редукція симптомів, мінімізація ризику загострення та рецидиву, відновлення соціального функціонування, зайнятості і рольових позицій. При виборі стратегії лікування та психокорекції депресії потрібно дотримуватися основних принципів

організації психологічної допомоги. Пацієнти з депресією потребують якомога раннього початку психокорекції, індивідуального підходу з урахуванням ступеня виразності депресивного розладу та психосоціальних особливостей людини.

Список використаних джерел

1. Гализдра С. В., Ганзин И.В. Особенности суицидального поведения больных с пограничными расстройствами // Таврический журнал психиатрии. – 1999. - №3. – С. 101 – 105.
2. Глузман С.Ф. Брінтеллікс – новий серотонінергічний антидепресант. Огляд. // Журн. Вісник асоціації психіатрів України. – 2015. – №2. – С. 57-61.
3. Дзюб Г.К. Количество больных депрессиями в Украине и потребности в антидепрессантах // Тез.докл. Актуальные вопросы психиатрической практики. – Полтава, 1993. – С. 7 – 8.
4. Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії: навч.-метод. Посібник – Ч. 1. – Львів: ЛДУВС, 2020. – 232 с.
5. Марченко В.Б. Депрессивные расстройства. Клинико-психопатологические особенности лечения // Основні принципи діагностики, лікування та реабілітації психічно хворих на сучасному етапі: [зб. наук. Пп.] / Під заг. ред. М.П.Дейкун., В.І Ященко, М.К.Пустовойт. – Чернігів: ДП «Срібнянська друкарня» ПП «Левон, 2006. – Т.2. – С.83 – 84.
6. Мишиев В.Д. Аффективные расстройства: распространенность в популяции г.Киева, динамика заболеваемости, проблемы оказания помощи // Таврич.журн.психиатрии. – 1999. - №2 (9). – С.149-152.
7. Мішиєв В.Д., Демченко В.А. Організація спеціалізованої психіатричної допомоги депресивним хворим // Оптимізація системи охорони здоров'я м.Кієва: Зб.наук.-практ.робіт. – К., 1997. – С.165-167.
8. Практична психосоматика: депресія. Навчальний посібник / За заг. ред. О.С. Чабана, О.О.Хаустової. – 2-ге видання, доповнене. – К.:Видавничий дім Медкнига, 2021. – 216 с.
9. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25. 12. 2014 р. №1003.
10. Тлумачний словник-мінімум із соціальної педагогіки та соціальної роботи / упор. Л. В. Лохвицька. – 2-ге вид., оновл. — Тернопіль : Мандрівець, 2017. — 232 с.
11. Юрьєва Л.Н. Динамика распространения психических и поведенческих расстройств в мире и в Украине // Медичні дослідження. – Харків, 2001. – С. 32 – 33.
12. Kase C.S., Wolf P.A., Kelly-Hayes M. et al. Intellectual decline after stroke: the Framingham Study // Stroke/ - 1998/ - Vol.29, N 4. – P. 805-812.
13. Terroni L. de M., Leite C.C., Tinone G., Fraguas Jr. R. Poststroke depression: risk factors and antidepressant treatment // Rev. Assoc.Med.Bras. – 2003. – Vol. 49, N 4. – P. 450-459.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ВІД ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ

Пацера Марина Вікторівна

к.мед.н., доцент кафедри пропедевтики дитячих хвороб ЗДМФУ

Медико-психологічна реабілітація дітей від військових дій сьогодні потребує комплексного підходу із залученням команди фахівців як медичного, так і психологічного та педагогічного спрямування.

Мета дослідження. Проаналізувати структуру розладів у стані здоров'я у дітей, методи та супровід реабілітації пацієнтів.

Матеріали та методи дослідження. Консультативно-діагностичний центр КНП «Міської дитячої лікарні №5» Запорізької міської ради щодня охоплює від п'ятнадцяти до двадцяти пацієнтів віком 5-17 років обох статей. Курс реабілітації кожного пацієнта складає десять сеансів. Пацієнтам разом із терапевтичними вправами лікувальної фізичної культури проводять масаж, електротерапію.

Результати та обговорення. Діти, які отримують допомогу у вигляді відновлювальної терапії, мають як хронічні соматичні захворювання, функціональні порушення, так і наслідки перенесених травмувань, психологічних розладів. Останні посилюють симптоми ураження різних органів та систем і потребують спостереження і консультації дітей фахівцями психологами. Важливим є те, що, наприклад, діти, які хворіли на запалення легенів, або перенесли оперативне втручання з приводу травмування в минулому, і на даний момент отримують курс відновлювальної терапії, то, за зауваженням батьків, демонструють певні психологічні розлади. Такі як, страх спілкування з

лікарями і медсестрами, певний рівень недовіри під час лабораторних процедур. Тобто діти потребують додаткових спілкувань із психологами, досвідченими медичними працівниками, які спроможні покращити психологічний стан дитини і, таким чином, прискорити процес діагностики і лікування.

Складність і об'єм програми реабілітації залежить від можливості виконання дитиною тих, чи інших вправ на певному етапі захворювання, а також від психоемоційного стану, що впливає як на бажання, так і на розуміння індивідуально розробленої програми для дитини з інструктором чи в парі з іншим пацієнтом. Фахівець добре розуміє стан дитини: чи потребує вона постійних індивідуальних занять, чи краще дитині бути в парі з однолітком. Після ознайомлення і вивчення дитиною комплексу лікувальних вправ, і переконання у їх правильному виконанні, дитина може продовжувати заняття в групі з двох чи чотирьох пацієнтів. Представлена методика медико-психологічної реабілітації, на мою думку, є корисною для дитини і сприяє відновленню фізичної активності, покращенню настрою, перемикання із сумних думок на активну роботу в колективі, з лікарем-реабілітологом. Важливо, що будь-які зміни настрою, зниження ритму виконання вправ, або взагалі відмова від контакту з лікарем фізіотерапевтичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) дозволяють залучити до діалогу психологів. До прикладу, причиною змін може бути поява болю, що посилюється під час виконання вправ, або дитина раптом згадує якісь прикрі події свого життя. Такі симптоми потребують швидкої оцінки психофізичного стану здоров'я дитини з наступним алгоритмом допомоги. Це, по-перше, припинення виконання комплексу вправ і, по-друге, повідомлення батькам з подальшою консультацією психолога та інших фахівців мультидисциплінарної команди. По-третє, сталий контакт батьків дитини з лікарем ФРМ, який опікується правильним і ефективним виконанням вправ, дозволяє мати зворотній зв'язок і фіксувати психофізичний стан дитини в цілому. Важливо також розуміти динаміку настрою дитини впродовж усього курсу, бажання дитини комунікувати з лікарем і однолітками. Тому на початку курсу відновлювальної терапії досить важливим є бесіда представника родини дитини з психологом для визначення стану психічного здоров'я дитини, рівня її соціалізації, особливостей взаємин у родині. Консультація психолога підвищить обізнаність батьків щодо особливостей стану здоров'я хворої дитини, її психоемоційного стану. Психолог запропонує інструменти покращення настрою і зменшення тривожності (ігри, тематичні бесіди, малювання тощо).

Висновки. Діти різного віку потребують реабілітаційного лікування в умовах дитячої лікарні з приводу, переважно, соматичних розладів. Тісний зв'язок стану фізичного і психологічного здоров'я вказує на необхідність різностороннього обстеження дітей, особливо у час війни. Психологи і педагоги мультидисциплінарної команди серед інших фахівців допоможуть скоротити терміни відновлення дітей, покращити настрій пацієнтів, а також опосередковано і успішність у навчанні. Важливо, щоб родина хворої дитини після закінчення курсу реабілітації мала чіткі уяви щодо ознак ефективності реабілітаційної терапії, необхідності у повторних курсах, розуміла кінцеві цілі очікуваного результату. Постійний і надійний зв'язок з фахівцями допоможуть зберегти і зміцнити психоемоційне і фізичне здоров'я дітей під час військових дій в Україні.

ЗАНЯТТЯ МУЗИКОЮ, ЯК СПОСІБ ПІДТРИМКИ ДІТЕЙ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Підкова Віра Ярославівна

к.мед.н., доцент кафедри пропедевтики дитячих хвороб ЗДМФУ

Зелезінська Неля Ярославівна

ст.викладач, спеціаліст вищої категорії, заступниця директора ЗДШМ №4

Пащенко Ірина Володимирівна

к.мед.н., доцент кафедри пропедевтики дитячих хвороб ЗДМФУ

У світі, де війни та конфлікти впливають на долі мільйонів людей та залишають незабутній слід в житті кожного, найбільш постраждалими являються діти. Воєнні умови супроводжуються стресом, тривогою та психологічними травмами, які можуть вплинути на здоров'я, фізичний розвиток та емоційне благополуччя дітей та підлітків. У таких непередбачуваних обставинах, які складаються, важливо звертати увагу на можливості поліпшення емоційного стану та ментального здоров'я постраждалих.

Одним із важливих засобів поліпшення стану дітей у воєнних умовах є музика, яка має не тільки виражений позитивний вплив на психологічну стійкість та емоційну стабільність, а, за спостереженням деяких спеціалістів, являється цілющою.

Якщо згадати фізичну компоненту звуку, то слід зазначити, що вухо людини сприймає досить обмежений його діапазон – від 16 до 20 тисяч Гц. Причому і низькі і високі частоти коливань звуку сприймаються людиною болісно, бо здатні розбалансувати базисну частоту коливань людського тіла. Як наслідок такого впливу – поява головного болю, запаморочень, порушення з боку вестибулярного апарату, нервової та серцево-судинної системи (у вигляді страху, тахікардії, занепокоєння, панічних настроїв), зі змінами артеріального тиску та складу крові, і, навіть, зміни з боку органів травлення. Тому зрозумілими стають реакції людей на дію різноманітної реактивної, надзвукової, гіперзвукової зброї, що використовується агресором.

Інша річ, коли ми чуємо музику з її особливим видом гармонійних вібрацій. Під час прослуховування спостерігається її незвичний вплив на організм людини на рівні клітин, органів, і, навіть, почуттів та думок. Сила музики в тому, що зміни здійснюються незалежно від бажань і намірів конкретної людини і тому здаються чудодійними.

З наукової точки зору – музика сприяє виробленню ендорфінів – гормонів щастя, що допомагають відчувати емоційну рівновагу. А дослідження, опубліковане Міжнародним Журналом хірургії у 2019 році, показало, що прослуховування Моцарта, Баха або Бетховена може підвищити продуктивність лікарів на 11%. Повільна приємна музика Вівальді, Кореллі і Генделя дає відчуття безпеки та сприяє гармонії душі й тіла. Під такі мелодії приємно виконувати будь-які завдання та роботу, вона надихає до порядку та стійкості. Нове дослідження Центру науки продуктивності при Королівському музичному коледжі показало, що класична музика знижує стрес як у слухачів, так і в музикантів. Британські дослідники також з'ясували, що й спів, і спостереження за тим, як співають інші, знижує стрес: рівень гормонів стресу серед виконавців і слухачів різко знижувався після завершення вистави. Люди також відзначали зниження страху, напруги, розгубленості та смутку, а також збільшення відчуття розслаблення. Звісно, ці спостереження проводились за межами нашої країни, тому на меті нашого дослідження було вивчити, яким чином може вплинути заняття музикою на наших дітей. Чи зберігає музика свою цілющу дію під час війни?

Нами спостерігались діти віком від 8 до 15 років протягом майже двох років, що навчалися в Запорізькій дитячій школі мистецтв №4 по класу фортепіано. Весь цей час, після повномасштабного вторгнення, діти перебували в місті та продовжували навчання за змішаною формою двічі на тиждень (перший рік – переважно, онлайн; другий рік – переважно, оф-лайн). Програми навчання склалися індивідуально у відповідності до класу, з урахуванням характеру дитини, типу її вищої нервової діяльності, вподобань, здібностей, схильності до стресу у відповідності та з урахуванням впливу творчості окремих композиторів на загальний стан організму. Діти із зацікавленістю навчалися, з радістю спілкувалися з викладачем та між собою, своєчасно виконували програму. Приймали участь в різноманітних конкурсах, академічних концертах, під час яких відчувалась згуртованість дітей, співпереживання за друзів та прагнення гарного виступу перед аудиторією. Під час спілкування з дітьми та їх батьками (на профілактичних оглядах спеціалістів: педіатра, невролога, кардіолога, гастроентеролога) стало зрозумілим, що музика, завдяки своїй унікальній силі, стала важливим інструментом, що здатен допомогти легше пережити такі події, як сирени, вибухи, переїзди, незручності, перебування в укриттях, в темряві, співчуття постраждалим, сім'ям загиблих цивільних і військових, відгук на чужий біль. Заняття музикою допомагали швидше вивести дітей зі стану психологічного стресу та тривоги, відновити їхню емоційну стійкість. Класична музика, на кшталт Бетховена або Моцарта, підвищувала концентрацію уваги та рівень самодисципліни серед дітей, сприяла просторовому мисленню. Знайомлячись із репертуаром композиторів-романтиків та імпресіоністів, таких, як Равель, Мендельсон, діти могли вдосконалювати свої загальні навички слухання і спілкування. Крім того, в подальшому розвитку, музичні смаки дітей стають різноманітнішими в порівнянні з однолітками, які не займаються музикою.

За нашими спостереженнями, музичні заняття та виконання класичної музики стали особливо важливими для розвитку емоційного та соціального зростання дітей у воєнних умовах. Музика допомагає виражати свої почуття, що є важливим аспектом подолання травм та формування емпатії. Діти не лише отримують вміння висловлювати себе через музику, але й навчаються слухати та розуміти інших, що веде до покращення соціальних навичок. Через музичну творчість та традиційні мелодії українських композиторів, таких як М.Леонтович, М.Лисенко та М.Скорик, діти навчаються утримувати зв'язок із своєю спадщиною та підтримують свою свідомість, яка формує патріотичне ставлення до своєї країни і виконує важливу роль у збереженні культурної ідентичності дітей під час війни. Заняття музикою стає засобом для створення оптимізму та віри в майбутнє.

Вона надає дітям можливість висловлювати свої надії та мрії, побачити світло у темному періоді їхнього життя. Музика допомагає їм зосередитися на позитивних аспектах, навіть коли оточуючі умови вимагають від них великої міцності та стійкості. Під час співбесіди з дітьми стає зрозумілим, що музика відкриває перед ними шлях до творчого розвитку та самовираження. Вона розвиває креативність та допомагає дітям виражати свої ідеї та думки через музичний вираз. Це важливо для формування позитивного мислення та розвитку особистості, особливо в умовах війни.

Таким чином, вплив музики на психологічне відновлення та розвиток дітей у воєнних умовах важко переоцінити. Заняття музикою виявило неймовірну силу у зниженні рівня стресу та тривоги у дітей, які переживають війну. Музика виступає не лише як форма відпочинку чи розваги, але і як справжній соціальний, емоційний та психологічний каталізатор для учнів, які стикаються з важкими випробуваннями сьогодення. Використання музики як інструменту психологічного відновлення може стати важливим кроком у полегшенні страждань дітей під час воєнних дій, сприяючи їхньому психічному здоров'ю та формуванню позитивного відношення до життя.

ІНТЕРАКТИВНЕ СИМУЛЯЦІЙНЕ НАВЧАННЯ У ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРЯ-АКУШЕРА-ГІНЕКОЛОГА

Пучков Володимир Анатолійович, к.мед.н.,

доцент закладу вищої освіти кафедри акушерства і гінекології ЗДМФУ,

Кирилюк Олександр Дмитрович, к.мед.н.,

доцент закладу вищої освіти кафедри акушерства і гінекології ЗДМФУ, директор Комунального некомерційного підприємства «Обласний перинатальний центр» ЗОР,

Шевченко Анна Олександрівна, к.мед.н.,

асистент кафедри акушерства і гінекології ЗДМФУ,

Богуславська Наталія Юріївна, к.мед.н.,

асистент кафедри акушерства і гінекології ЗДМФУ, заступник директора

Комунального некомерційного підприємства «Обласний перинатальний центр» ЗОР,

Бабінчук Олена Василівна, к.мед.н.,

асистент кафедри акушерства і гінекології ЗДМФУ, завідувачка пологовим відділенням

Комунального некомерційного підприємства «Обласний перинатальний центр» ЗОР

Повноцінне оволодіння лікарями-інтернами практичних навичок можливе тільки в поєднанні реальних клінічних ситуацій та максимально реалістичних моделей, які імітують невідкладні клінічні ситуації [1]. Існує ціла низка симуляційних методик в педагогічному процесі. Найбільш поширену класифікацію симуляційних систем в медичній освіті запропонував Guillaume Alinier [2]. В основу класифікації покладені відмінності у формі та властивостях об'єкту моделювання, задіяних систем сприйняття моделі та рівня об'єктивізації оцінювання, очікуваних результатів навчання. Симуляційне навчання забезпечує розвиток не тільки індивідуальних навичок, а й командної роботи. Воно передбачає використання тренажерів, симуляторів, навчених акторів (стандартизовані пацієнти), віртуальної реальності та соціальних ситуацій, які імітують проблеми, події чи умови, що виникають під час професійної діяльності, та має бути максимально використаним залежно від оснащення та можливостей кожного окремого закладу вищої медичної освіти [3].

Мета роботи: висвітлити досвід та переваги впровадження симуляційної технології Body Interact при підготовці лікаря-акушера-гінеколога.

Теоретичну та практичну підготовку на клінічних базах кафедри акушерства і гінекології ЗДМФУ (КНП «Обласний перинатальний центр» Запорізької обласної ради та КНП «Пологовий будинок №3» Запорізької міської ради) проходять 58 лікарів-інтернів. Відповідна підготовка здійснюється професорсько-викладацьким складом кафедри. Програма підготовки в інтернатурі з акушерства та гінекології включає також додаткові програми – в тому числі ДП 4 «Симуляційне навчання» (1 кредит / 30 годин).

Симуляційне навчання відіграє надважливу роль у оволодінні клінічними компетентностями, особливо для відпрацювання практичних навичок при невідкладних станах в акушерстві та гінекології як в індивідуальній, так і в командній роботі лікаря. Засвоєння основних стандартних компетенцій та вмій є складовою частиною його діяльності під час навчання в інтернатурі [4, 5]. Симуляційне навчання є підготовчим етапом для навчання на рівні незалежної практики, коли інтерн

надає допомогу або виконує процедуру без втручання керівника. Використання симуляційної технології Body Interact значно підвищує якість сформованості клінічних компетенцій майбутніх лікарів, а також має стати обов'язковим компонентом професійної підготовки як студентів медиків так і здобувачів післядипломної освіти [6].

Body Interact являє собою симуляційну систему яка 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 та інструментальних методів обстежень. Віртуальний симулятор в режимі реального часу відображає всі маніпуляції, що виконуються віртуальним лікарем, реакції пацієнта на проведене лікування. Після закінчення навчального сценарію на екрані можна бачити об'єктивну оцінку дій студента за певними критеріями та помилки які були припущені під час проходження кейсу. Застосування цієї інноваційної технології викладання дозволяє більш ефективно засвоювати інтернами навчального матеріалу.

Кафедрою акушерства і гінекології ЗДМФУ було впроваджено використання онлайн платформи Body Interact на практичних заняттях як з лікарями-інтернами 1-3 років навчання, так і студентами V-VI курсів 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 прийняли участь в тестуванні інтерактивної онлайн платформи Body Interact. Всі співробітники кафедри пройшли навчання та 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 таких найбільш поширених ускладненнях вагітності (передчасні пологи, прееклампсія та еклампсія, хоріоамніоніт, септичний шок) з урахуванням сучасних міжнародних протоколів лікування цих станів.

Перевагами використання саме цього методу є: можливість відпрацювання симуляційного сценарію в зручний час, 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. Використання симулятора Body Interact спонукає лікарів – інтернів до індивідуальної роботи, яка вимагає мислення та творчого підходу у виконанні кейсів. Крім того, у викладача є можливість під час занять, або в зручний час оцінити та проаналізувати як лікарі-інтерни, або студенти проводили опитування пацієнта, збирали анамнез, проводили обстеження, диференційну діагностику та лікування, висловити свою думку, обговорити помилки та їх наслідки з висоти власного клінічного досвіду.

Висновок

Використання симуляційної технології Body Interact розширює діапазон практичної діяльності лікаря-інтерна, значно підвищує якість сформованості клінічних компетенцій, підвищує зацікавленість у навчальному процесі, а також має стати обов'язковим компонентом професійної підготовки лікаря-акушера-гінеколога.

Список використаних джерел

1. Kazuma Yunoki, Tetsuro Sakai. The role of simulation training in anesthesiology resident education. *J Anesth.* 2018;32(3):425-433.
2. Avner Sidi. Challenges in learning and assessing anesthesia cognitive and non-technical skills of anesthesiologists and residents in anesthesia. *Harefuah* 2020;159(6):432-439.
3. Міщенко В.П., Міщенко В.В., Головатюк-Юзефпольська І.Л. Особливості інтернатури з акушерства та гінекології третього року навчання на базі пологового будинку № 1 м. Одеси. *Одеський медичний журнал.* 2023;3:104-107.
4. Antipkina Yu.G., Antipkina Yu.G. Akademichni lektsiyi z akusherstva ta hinekolohiyi [Academic lectures on obstetrics and gynecology]. Kyiv: KRIEYTV MEDIA LLC; 2021. 424 p.
5. Arulkumaran S., Ledger W., Denny L., Doumouchsis S. *Oxford Textbook of Obstetrics and Gynecology.* Oxford University Press; 2020. 928 p.

6. 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. 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. 58-60.

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН СТУДЕНТІВ-ІНОЗЕМЦІВ ПІД ЧАС НАВЧАННЯ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

*Раєрїна Жанна Михайлівна,
к.пед.наук, доцент,
декан I міжнародного факультету
Запорізького державного медико-фармацевтичного університету*

Події в Україні, пов'язані з військовим конфліктом та запровадженням воєнного стану на всій території, серйозно впливають не лише на мешканців країни, а й на контингент іноземних студентів, переважна більшість з яких навчається в медичних закладах вищої освіти.

У зв'язку з об'єктивними обставинами, дистанційний або змішаний формат навчання став невід'ємною складовою освітнього процесу. Безумовно, навчання в такому форматі є засобом підтримки безпеки в небезпечних умовах, проте породжує нові виклики, що мають бути враховані науково-педагогічними працівниками під час підготовки та проведення занять.

По-перше, це відчуття фізичної та соціальної ізоляції, що може стати причиною емоційного стресу. Відсутність фізичної присутності на заняттях, в кампусі призводить до відчуття віддаленості від звичного навчального середовища. Немоżliвість особистих зустрічей з одногрупниками та викладачами, брак «живого» спілкування, відсутність змоги жити повноцінним студентським життям посилюють соціальну ізоляцію. Такий подвійний ефект змушує іноземних студентів відчувати, що вони не лише віддалені від навчального процесу, а й позбавлені підтримки та соціальної взаємодії, які відіграють важливу роль у формуванні їхнього психологічного комфорту. Окреслені фактори викликають відчуття самотності у студентів та ведуть до погіршення їхнього психологічного благополуччя.

Іншим чинником, що має вплив на психічний стан студентів є складнощі, пов'язані безпосередньо з навчальним процесом. Однією з основних проблем, на яку треба звернути увагу є збереження мотивації у студентів до навчання за умов нестабільності, оскільки довготривалий дистанційний формат навчання веде до її зниження, що, в свою чергу, впливає на якість здобуття освіти в цілому. Невизначеність майбутнього, пов'язана з військовим конфліктом, створює почуття невпевненості та тривожності. Через це іноземні студенти стикаються з питаннями про те, як довго триватиме конфлікт, як зміниться ситуація, і як це вплине на їхній навчальний план та життєві перспективи. Зазначені аспекти чинять тиск на психологічний стан, впливаючи на мотивацію та здатність ефективно вчитися.

Окрім того, деякі студенти мають складнощі з самоорганізацією та з чітким структуруванням навчального процесу в дистанційному форматі, що має вияв в нерозумінні чітких розмежувань між робочим часом та часом відпочинку та може призвести до перевтоми й зниження продуктивності.

Отже, окреслені чинники взаємопов'язані та мають безпосередній вплив на психічний, психологічний та емоційний стан студентів, зокрема іноземців. Вирішення цих проблем вимагає не тільки технологічних та методологічних змін в освітньому середовищі, а й психологічної підтримки, спрямованої на зміцнення мотивації та ефективного оволодіння новими умовами навчання. Важливу роль в цьому відіграють університети. Надання онлайн-психологічних консультацій, розробка й створення спеціалізованих менторських програм, спрямованих на зміцнення психологічної стійкості студентів, регулярна комунікація можуть допомогти студентам подолати психологічні труднощі та пом'якшити негативний вплив. Адаптація освітніх програм до умов сьогодення та створення спеціалізованих ресурсів сприятимуть забезпеченню психологічного благополуччя іноземних студентів.

РОЗУМІННЯ АГРЕСІЇ ЛЮДИНИ У ФІЛОСОФІЇ ЕРІХА ФРОММА

*Савчук Володимир Анатолійович,
магістрант I курсу спеціальності 033 Філософія
кафедри філософії та політології,
Науковий керівник: Ковтун Наталія Михайлівна, д. філос. н., професор,
завідувач кафедри філософії та політології,
Житомирський державний університет імені Івана Франка*

Проблема людської агресії належить до «вічних» філософських питань. Вона супроводжує людину у різні епохи і в різних соціокультурних умовах. Значною мірою питання агресії є формою іншого важливого для життя людей питання – проблеми походження зла. Людина кожного дня зіштовхується з проявом агресивної поведінки. Осмислення впливу людської агресивності на розвиток соціуму залишається вкрай важливим і в сучасному українському суспільстві, особливо після повномасштабного вторгнення Російської Федерації на терени України 24 лютого 2022 року і загарбницької людиноненависницької війни, яку країна-агресор веде проти нашої держави.

У повсякденному житті доволі часто агресія сприймається людиною як дещо майже нормальне. Пересічна людина відчуває, що агресія є природною і не надто замислюється над причинами деструктивної поведінки. Хоча мало хто може визнати це добровільно, для більшості людей виявлення агресії у соціальному середовищі може виглядати й дуже привабливим. Агресія певним чином відчужує людину від усвідомлення власної схильності до зла і гріховності. Перекладаючи свою вину на інстинктивно зумовлену агресивність, людина хоче уникнути травматичного усвідомлення відповідальності за негативні наслідки своєї поведінки.

У зв'язку з цим у мозаїці складних психологічних механізмів, які диктують людську поведінку, питання агресії відіграє важливу роль, але нерідко залишається на периферії свідомості. Схоже на те, що людина витісняє як власне усвідомлення смертності, так і агресія часто виявляється табуованою. Еріх Фромм у своїх дослідженнях агресії, розкриває це витіснення, розкриваючи його приховані корені та вплив на наше життя. Спробуємо розглянути, як його унікальний підхід розкриває глибини та взаємозв'язки агресії в контексті нашої повсякденної екзистенції.

У своїй власній інтерпретації та розвитку фрейдівської теорії Еріх Фромм, з одного боку, спирається на класичний канон психоаналізу, але, з другого боку, значно розширює горизонти розуміння агресії. З. Фройд розглядав людську природу через призму двох базових інстинктів – Еросу (інстинкт життя) та Танатосу (інстинкт смерті). І саме в інстинкті смерті він вбачав причини агресії: «Ми визнаємо існування двох основних інстинктів і кожному полишаємо його власну мету. Як обидва вони поєднуються в процесі життя, як інстинкт смерті починає служити намірам еросу, зокрема виявляючись назовні як агресивність – ось завдання, що їх ми полишимо майбутнім дослідникам» [1, с. 576]. Е. Фромм у фрейдівське розуміння агресії додає розуміння її соціокультурної зумовленості.

Е. Фромм виділив дві основні форми агресії. Перша з них – захисна, «доброякісна» агресія. Друга – «злаякісна» агресія. Перша сприяє виживанню людини і має фізіологічне походження. Вона з'являється коли життю загрожує якась зовнішня небезпека [2, с. 96]. Злаякісна постає як деструктивність і жорстокість, які властиві людині, та продукуються психологічними та соціальними факторами [2, с. 187]. Е. Фромм доводить, що саме порушення умов нормального буття людини провокує деструктивну частину діяльності людини. У книзі «Анатомія людської деструктивності» він зосереджує значну увагу на тому, щоб описати сучасне йому соціокультурне життя, в якому він вбачає суттєві некрофільські тенденції [2, с. 342-358].

Підсумовуючи, зауважимо, що проблема людської агресії залишається актуальною протягом усієї історії людства. Її вивчення стає ключовим завданням для сучасних філософів і психологів, особливо в контексті викликів, що виникають у сучасному українському суспільстві. У повсякденному житті агресія нерідко сприймається як природній і невіддільний елемент поведінки, що призводить до відсутності обґрунтованого розуміння її причин та наслідків. Еріх Фромм, вивчаючи агресію, наголошує на тому, що це явище може бути, як конструктивним («доброякісна агресія»), спрямованим на виживання, так і деструктивним («злаякісна агресія»), пов'язаним з психологічними та соціокультурними чинниками. Науковці мають продовжувати аналізувати та осмислювати цей аспект людської природи, щоб знаходити конструктивні способи вирішення міжособистісних і соціальних конфліктів та розбудови гармонійних відносин.

Список використаних джерел

1. Фройд З. Вступ до психоаналізу. Пер. з нім. П. Таращук. Київ: Основи, 1999. 709 с.
2. Fromm E. Anatomy of human destructiveness. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1973. 521 с.

“ВСТОЯТИ, КОЛИ ВСЕ ХИТАЄТЬСЯ” (ЕТИЧНА ДОКТРИНА “МИСТЕЦТВА ЖИТТЯ” П.АДО)

*Сініцина Алла Василівна,
кандидат філософських наук
доцент кафедри українознавства і філософії
Івано-Франківського національного медичного університету*

З початком повномасштабного військового вторгнення держави-агресора на територію України питання реальності небезпеки та наслідків, загроза існування цілого світу спонукає нас до екзистенційного пробудження, змушує зіткнутися з питаннями: “що є цінним для мене в ситуаціях, коли звичний спосіб життя більше неможливий?”, “що є особисто для мене цінним?” “що заслуговує залишитися в моєму житті?”, “як прожити біль, гнів?” “життя до і життя після”... “як ми можемо вижити як нація”, “як не втратити людяність і знайти сили для життя?”. І все це стає вразливим, і спонукає нас до пошуку не тільки фізичного порятунку, але й збереження нашої духовної, психологічної і емоційної складової і подолання таких викликів та небезпек.

Отже, цей незвичний час, - йдеться про наше життя, його якість та виживання ... іншими словами: “як встояти, коли все хитається” .

Ми маємо бути свідомими, того, що сучасна реальність - це протистояння Світла і темряви. Сьогодні Україна і її війна - це прожектор що висвітлює, все те, що потребує знищення: корупції, брехні, дегративне пострадянське мислення. В цьому протистоянні Україна має формуватися як нова свідомість і нова реальність.

Військове вторгнення 2014 і 2022 року – це боротьба, яка має столітню протяжність. Спитаєте, чому саме ми, українці зазнаємо такого знищення? А саме тому, що в назві нашої країни - УкРАїна є те, що незнищенне - це сила Світла і Духу. Так частка “Ук” перекладається як Світло, частка “РА” перекладається як Сонце і частка “Ін” - духовна енергія. Сонце споконвічно розумілося як Бог, що дає нам життя, а Світло – знання. Тому за сакральними знаннями Україна – це країна сонячного світла та духовних енергій, божественного пізнання та духовного розвитку. Це має стати нашим екзистенційним пробудженням, усвідомлення того, що в нас є те, чого немає в інших – це генетична духовна Сила - енергія Життя.

Філософи екзистенціалізму дають нам розуміння того, що бути людиною означає бути явленою світові. Сьогоднішня ситуація дає нам до розуміння, що невизначеність, страждання, страхи, здатність жити з власною смертністю - це ті реальності, які маємо, і які визначають наше справжнє життя. Знаходження в цьому спотвореному світі створює напругу, й ми намагаємося зачепитися за те, що дає впевненість, опору, підтримку, де ми можемо закріпитися і утримуватися в часи небезпеки. Щоб вижити в щоденних ситуаціях, шукаємо той шлях життєвої мудрості, що допоможе змінити нашу свідомість, а отже і відношення до ситуації, надаючи сенс як фізичному, так і духовному здоров'ю. Важливо не те, що робити, а як робити. І допомогти нам зможе скарбниця світової мудрості. Можна вважати, що вона містить відповіді на всі питання, котрі виникають перед сучасною людиною, але не надто конкретно, а у формі заданості, у формі уможливленого відношення до них.

У контексті розробки певної моральної моделі життя як способу “мистецтва жити” для сучасної людини в умовах війни нашу увагу привернуло дослідження французького філософа П.Адо.

Посилаючись на слова самого П.Адо, що предметом його дослідження є визначення та пояснення певної етичної моделі, яку сучасна людина може відкрити для себе в Античності [1]. Філософ описує досить оригінальну версію трактування фундаментальних проблем стоїчної етики, які можуть стати екзистенціальними методологічними установками.

Наслідуючи стоїчне мистецтво як “ мистецтво жити”, автор стверджує, що філософія античності, не зважаючи на всі сучасні уявлення про неї, була не тільки та не стільки філософською дисципліною, чи поясненням певних текстів, а в першу чергу – способом життя, в основі якого лежав

той чи інший екзистенційний вибір. І саме в цьому екзистенційному надано переваги певним цінностям, які виправдовують та обумовлюють певний спосіб життя.

Філософія стоїків – це спосіб життя і його особливість – це практичність. Стоїцизм став відповіддю на труднощі й запити людини, запропонував такі духовні практики, які здатні стабілізувати та врівноважити людське існування.

Це практична система зміцнення внутрішнього стрижня людини, його ідеалів і переконань. Своїм прикладом вони доказали, що щастя залежить не від зовнішніх умов, а від чеснот самої людини. Іноді стоїцизм помилково тлумачать як пасивну філософію, але пасивність і смиренність йдуть врозріз із вченням стоїків і, що важливіше, з їх справами. В дійсності стоїцизм – це не придушення або приховування емоцій, а їх усвідомлення, роздуми про їх причини та вміння спрямовувати їх собі на благо. Це свідомий вибір життя. Проте, “той чи інший вибір життя можуть пояснювати певні особисті мотивації. Це як рух колеса, що виробляє світло. Рух колеса – це вибір”.

Що має на увазі сам П.Адо говорячи про “духовні вправи” класичної античної спадщини, а саме про філософію стоїків. Зазначимо, що автор відкидає причетність до релігійної інтерпретації цього терміну. Він коментує: “...чому я обрав саме цей вислів і чому це не було пов’язано з релігійними конотаціями...Я у свій час був вражений назвою однієї збірки...” Поезія як духовна справа. Це ті вправи, які практикують, щоб змінити своє “я”. Так до прикладу: практики, які є техніками дихання. Навіть якщо ці техніки є тілесними, вони все таки мають духовну вартість, тому що викликають психічний ефект “[1, с.156-157].

Одна з сьогоденних реалій, з якою стикається будь яка людина це смерть...

Однією з ключових “духовних вправ” для стоїків - готування до смерті. Але мова зовсім не про “вправу помирання, а про вправління у духовному, інтелектуальному житті, у житті думки, у пошуку іншого способу пізнання, аніж чуттєвий [1, с.173]. Метою такої практики стає звільнення від “я” нижчого, емпіричного,” приреченого на смерть” до “я” трансцендентального. Тому і саме відношення до життя набуває іншого фокусу. М. Аврелій як стоїк говорив: “потрібно чинити кожну дію так, ніби вона буде останньою”, або “...Потрібно проводити кожен день так, ніби він був останнім” [1, с.174]. І тут мова не про скінченність і песимізм. Тут погляд у глибину і змістовність.

Ця настанова несе в собі екзистенційну та етичну цінність. Йдеться про усвідомлення того, що момент, який ми все ще переживаємо, має безмежну цінність, а миттєвості наступного дня приймаємо із вдячністю.

Сучасна людина сформувала би для себе це як принцип: цінувати життя і кожен момент у різних його проявах. Висновком має стати усвідомлення того моменту, що “Я” прожив. Тут можемо відкрити для себе такі екзистенційні цінності: по-перше, що цей день був прожитий інтенсивно, а по-друге, коли прийде наступний день, ми поставимося до нього як до подарунка.

Таке зосередження на теперішньому передбачає подвійне звільнення: від тиску минулого, та від страху майбутнього. Це означає, що концентрація на теперішньому є концентрацією на тому, що ми реально можемо зробити. Теперішнє – це єдиний момент, коли ми можемо діяти, і пізнати “здоров’я моменту”, жити згідно з розумом [1, с. 261-262]. І тут доречно озвучити фразу Монтеня: “Я нічого не зробив сьогодні. Як? А хіба ви не жили? Адже жити – не лише найголовніше, але найпрекрасніше з ваших занять” [1, с. 265].

Важливо наголосити, що для стоїків модулювання морального життя розглядається через гармонію з собою. Саме тому однією з вимог “духовних вправ” стає турбота про себе, а саме - досягнення миру у душі. Може виникнути питання: “А чи не існує небезпека егоїзму?” Проте, самі стоїки наголошували, що “природа духовних вправ виводить людину з потреб і задовольень про тіло”. Сучасна людина має усвідомлювати те, що для того щоб допомагати, підтримувати, діяти, треба бути у ресурсі.

Ще однією “духовною вправою”, яку може застосовувати сучасна людина, це дихотомія контролю – коли одні речі залежать від нас, а інші ні. Ми не в змозі змінити обставин нашого життя, але від нас залежить, як їх сприймати, розуміти, оцінювати. А це вже є територією свободи людини, де вона здатна виробити вільне та відповідальне ставлення до них.

Наш час і енергія повинні витратитися лише на те, що ми можемо контролювати і змінити.

Серед духовних практик, які знаходять відгук у системі запитів сучасної людини, можемо відзначити такі, як турбота й занурення в глибини самих себе, спроби визначити своє місце і сенс життя, уважність і внутрішня концентрація.

Для сучасної людини у її швидкому, хаотичному світі, стоїцизм міг би відігравати роль свідомих гальмівних норм: стоїчні духовні практики здатні олюднювати людину, урівноважувати її духовні поривання, надавати гуманістичної векторності її діяльності, цінувати кожний день життя як дарунок долі.

Список використаних джерел

1. П.Адо. Що таке антична філософія? / Переклад С.Йосипенка. - К.: Новий Акрополь, 2014. - 428с.

СПРИЙНЯТТЯ СМЕРТІ ДІТЬМИ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП.

Соляник Олександра Вячеславівна

к.м.н, асистент, кафедра пропедевтики дитячих хвороб ЗДМФУ

В умовах воєнного стану медики, як ніхто інший повинні не забувати про тендітне відношення до дітей, приділяти увагу дітям різного віку, а тим паче розуміти дітей, які втратили близьких.

Дорослим, важко зрозуміти, як діти визначають поняття смерть. Діти різного віку та розвитку розуміють смерть по різному. А саме, почуття втрати близької людини може впливати на розвиток дитини в майбутньому, що може призводити до гальмування її емоційного та соціального складників.

На основі теорій психічного розвитку та досвід авторів із Великобританії, що працювали з дітьми, які переживали втрату близьких, М. С. Дашкіна виділяє чотири вікові групи дітей [1, с.94].

У віці 6-8 років діти стрімко розвиваються і вперше починають міркувати над поняттям «майбутнє». Коли помирає батько або дідусь, діти починають розуміти, що «тато більше ніколи не буде з нами жити» чи «дідусь помер, і ми його більше не побачимо». В цей період життя в дітей може з'являтися почуття провини, але вони не усвідомлюють різниці між почуттями та діями. Вони вважають, що їхні думки та бажання можуть привести до незворотних наслідків. При роботі з такими дітьми потрібно їх впевнити в тому, що не вони причина смерті близької людини. Також, потрібно постійно, щоденно спілкуватися з дітьми, щоб знати про їх фантазії та страшні сни. В цьому періоді дітей цікавить процес смерті, вони малюють у своїй уяві монстрів та привидів, яких лякаються [1, с.94].

Діти в 9-12 років здатні виражати співчуття, як і дорослі. Тобто вони можуть зазнавати почуття гніву чи печалі, але не до кінця це усвідомлюють. У дитини з'являється розуміння втрати близької людини, що може привести до почуття безпорадності, безнадії. Зовні діти копіюють дорослих, вони усвідомлюють, що таке смерть і можуть виявляти співчуття, але водночас у них можуть відбуватися заперечення почуттів, неприйняття втрати і переживання горя. Важливо те що в цьому віці, діти намагаються зблизитися з одним із батьків, частіше своєї статі, віддаляючись від іншого. Тому втрату одного з батьків, саме, своєї статі дитина переживає болючіше [1, с.94].

В 9-12 років діти усвідомлюють, що можуть померти та це їх лякає. Тому в цій віковій групі спеціалістам важливо працювати з почуттями, думками та спогадами про померлого. Якщо цьому буде приділятися увага тоді та самим дітям, і дорослим буде легше зрозуміти їх складну та непередбачувану поведінку, яка насправді пов'язана з переживанням важкої втрати.

Діти віком 13—16 років можуть зазнавати почуття гніву і вихлюпувати його на однолітків чи членів родини. Також підлітки можуть прощатися і з сім'єю, тому втрата близької людини в цьому віці дуже травматична. Це стосується молодших підлітків, їх самооцінка може бути більш заниженою, ніж у старших. Ми можемо бачити, як дитина може копіювати поведінку та манери померлої людини, яка була близька до неї. Ідентифікація зі близькою людиною є природною для підліткового віку. Зазвичай вона триває недовго. Проте, якщо занадто сильна ідентифікація з померлим продовжується, підлітку може знадобитися допомога в подоланні своєї агресії стосовно людини, яка покинула його в такій важливій період життя. Спеціаліст працює з підлітком розповідає, як цікаве подальше життя і що потрібно не жити спогадами, а потрібно продовжувати власне життя [1, с.95].

Діти віком понад 16 років. Старші підлітки, переживають процес смерті як дорослі. Вони переживають горе та потребують чесного і зрозумілого пояснення про смерть, але одночасно такого, яке не додало б їм страху перед померлим чи власною смертю. Навіть сприймаючи розумом смерть, підлітки часто відчувають, що вони є недоторканими для смерті. Це почуття невразливості є нормальним для цього періоду життя. Помилково вважати, що більшість підлітків не можуть виразити своїх почуттів, коли втрачають близьких, рідних, друзів. Вони переживають це дуже

глибоко. Підлітки під час похоронного дійства часто нагадують «мармурові скульптури» із застиглим обличчям. Це заціпеніння, в якому вони перебувають, є виразом почуттів і свідченням глибокого переживання їм горя. Так що вважається, що чим довшим є таке заціпеніння, тим глибшою є криза, і тим серйознішими можуть бути наслідки для психологічного стану підлітку [1,с.95].

Доросли, педагоги, психологи медики повинні працювати над тим як дитина сприймає поняття смерть, а якщо вона втратила близьку людину, то зробити все щоб дитина скоріше повернулася до нормального життя, а не замикалася в своєму внутрішньому світі [2,с.3-7].

Список використаних джерел

1. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018
2. Кирилюк І. Дитяче горе. Як допомогти дитині пережити втрату? Психолог дошкілля. 2018. №3 С.3-7.. 208 с.

АКТУАЛІЗАЦІЯ МЕТОДОЛОГІЇ КРИТИЧНОЇ МЕДИЧНОЇ АНТРОПОЛОГІЇ В КРИЗОВИХ УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ

*Спиця Наталя Валеріївна,
к. філос. н, доцент кафедри суспільних дисциплін,
Скупий Іван Миколайович,
аспірант кафедри технологій ліків,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Критична медична антропологія зосереджена на тому, як економіка та політика впливають на здоров'я людини та суспільства в цілому. Критична медична антропологія допомагає зрозуміти хворобу, її причини та особливості діагностування з врахування політичної, економічної, соціокультурної складових, які поєднуючись із біологічною складовою формують найоб'єктивнішу картину здоров'я і хвороби в суспільстві. Представники критичної медичної антропології критично підходять до саме біомедичних практик, наполягаючи на тому, що зрозуміти що таке здоров'я необхідно вивчати не тільки біологічну складову, а працювати над всіма факторами, які це суспільне здоров'я формують. З огляду на те, які події відбуваються в Україні мусимо визнати, що із такою жаданою перемогою до нас повернуться типові питання системи охорони здоров'я в декілька раз збільшені через цілу низку факторів: зміна екологічного середовища через використання зброї, забруднення природних ресурсів, екологічну катастрофу після підриву Каховського водосховища; велику стресогенність останніх років для більшості громадян, демографічну кризу, велику кількість демобілізованих військових які потребуватимуть реабілітації (тілесної та психологічної), кризу економіки та зниження якості життя загального рівня громадян.

На даному етапі розвитку медичної антропології ми володіємо біопсихосоціальною моделлю розуміння здоров'я і хвороби, представленою Енгелем Г.Л. ще у 1977 році [1]. Розуміння природи здоров'я та причин захворювань вимагають аналізу психологічних, культурних та соціальних вимірів, що впливають на якість життя. Ефективна оцінка вимагає розуміння психологічних і соціальних аспектів небажаних станів, пов'язання хвороб і симптомів із культурним контекстом, у якому хвороба виникає та протікає. Факти біомедицини базуються на соціальних процесах формування сенсу здоров'я, а умови діагностування можуть бути відображенням цінностей і припущень, а не доказом патології. Те, що вважається патологією і хворобою, визначається культурними та соціальними умовностями, навіть якщо вони зазначені медичними та науковими термінами. Пізніше біопсихосоціальна модель Г.Л. Енгеля була розширена конструктивістським підходом, який допомагає розглянути умови формування хвороби в культурі: як представники певного соціуму сприймають здоров'я і хворобу, як вони розуміють та відчувають проблеми із здоров'ям.

Конструктивізм допомагає нам поставити наголос на тому, що культурний вплив у всій його повноті є фундаментальним для того, щоб спричинити біологічні зрушення (розлади). Адже політичні рішення, наприклад, які спричиняють хаотичне утворення сміттєзвалищ, відсутність очисних споруд на підприємствах, дозвіл на розташування токсичних відходів – прямо та опосередковано впливають на здоров'я населення. Дозвіл на використання канцерогенів у харчовій промисловості та токсичних речовин в аграрній сфері безпосередньо впливає на динаміку зростання захворюваності на рак та інші хвороби. Соціальна детермінація захворювання

відбувається через політичні рішення, які впливають на доступність профілактичних послуг і лікування: харчування у закладах освіти та дошкільних закладах, можливість отримати достойну медично допомогу та консультування у невеликому селищі, а не тільки живучи у мегаполісах, стрес тих, хто через певні економічні негаразди опинився за межею бідності – все це є логічними умовами для того, щоб сформувалась загальна картина здоров'я і нездоров'я суспільства.

Системні погляди підкреслюють, що соціальні концепції є більш фундаментальними, ніж біологічні складові здоров'я. Фізичні ефекти створюються, опосередковуються та відчуються через людську діяльність і культурні реакції. Захворювання виникають через соціальні відносини та в культурному контексті, який створює ризики та цінності, які формують досвід і надають значущості захворюванням. Це не виключає біологію як причинно-наслідковий або сприяючий фактор, але визнає, що соціальний контекст є частиною причини проблем зі здоров'ям.

Методологія соціального моделювання хвороб відрізняється від біологічної моделі тим, що акцентує увагу на значущості культури навіть у постановці діагнозу. Пацієнт описує свої відчуття, симптоми через своє суб'єктивне сприйняття, яке формується на основі особистого досвіду набутого у взаємодії з іншими людьми. Лікар може отримати важливу інформацію з виражених пацієнтом симптомів, але насправді він шукає ознаки захворювання, ті, що вважаються об'єктивними даними, отриманими в результаті лабораторних тестів, обстежень та інших діагностичних процедур, показання, що виявлені під час фізичного огляду, отримані під час аналізу історії хвороби. Лікарі можуть покладатися на виражені симптоми пацієнта, щоб сформулювати діагноз, але, як правило, покладаються насамперед на ознаки, надані в результатах тесту, щоб «віднести» стан пацієнта до стандартних діагностичних категорій. Медична діагностика — це процес соціальної ідентифікації, за допомогою якого людям позначають хвороби, які лише частково охоплюють їхній досвід захворювання. Як для лікаря, так і для пацієнта соціальні фактори впливають на те, які симптоми та стани будуть обрані як відповідні. Це відображає загальні культурні норми того, що є доцільним. Таким чином, лікарі, що належать до різних культур ставлять різні діагнози через досвід того, що вважають найбільш значущим. Щоб уточнити діагноз захворювання, лікарі намагаються виділити біологічні особливості але вони прямо залежні від акцентів соціального контексту. Хвороба, таким чином, є соціально модельованою, а її наслідки частково залежать від соціального контексту.

Варто усвідомити, що питання здоров'я нації не є тільки сферою Міністерства охорони здоров'я, це комплексне питання, яке включає в себе всі рівні суспільного буття і долучатись до відновлення здоров'я українців мають комплексно. Для допомоги по відновленню здоров'я громадян нашої держави необхідно розробити за використовувати комплексний системний підхід в якому б були поєднані знання біомедицини і всі набутки медичної антропології, які дали б змогу зрозуміти особливості захворювань, діагностики, лікування та реабілітації зважаючи на комплексні стресогенні умови життя наших людей останніми роками (війна, екологія, економічна криза, соціальне життя, ментальні особливості і т.ін.). Наприклад, помилковим буде використовувати тільки наукові розробки щодо охорони здоров'я інших країн, які зіштовхнулися з війною за останні десятиліття, адже досвід України є унікальним і особливим. З іншого боку, наші вітчизняні дослідження щодо комплексного системного підходу можуть надати великий об'єм важливої інформації для розвитку медицини на міжнародному рівні.

Список використаних джерел

1. Engel G.L. (April 1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 196 (4286): 129–136. <https://www.science.org/doi/10.1126/science.847460>

МІСЦЕ ЕРГОТЕРАПІЇ У ВІДНОВЛЕННІ ФУНКЦІЙ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ

*Тоцька Анна Володимирівна
Дніпровський державний медичний університет*

Актуальність теми. За офіційною статистикою, в Україні цереброваскулярні захворювання є вагомою причиною смертності. Щороку спостерігається 100 000–110 000 інсультів (понад третина з них – у людей працездатного віку), 30–40% хворих на інсульт помирають упродовж перших 30 днів і до 50% – протягом року від початку захворювання; 20–40% хворих, що вижили, стають залежними від сторонньої допомоги (12,5% первинної інвалідності) і лише близько 10% повертаються до повноцінного життя [1].

Ерготерапія відіграє важливу роль у відновленні функцій верхньої кінцівки у пацієнтів після інсульту, що є актуальною проблемою сучасної охорони здоров'я. Після інсульту пацієнти можуть стикатися з різноманітними порушеннями рухової активності та здатності до самообслуговування, що значно ускладнює виконання ними активностей повсякденного життя [2, с. 2755].

Таким чином, постійна розробка та вдосконалення програм ерготерапії, спрямованих на відновлення функцій верхньої кінцівки у пацієнтів після інсульту є особливо актуальною.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати місце ерготерапії у відновленні функцій верхньої кінцівки у пацієнтів після інсульту.

Методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення науково-методичної літератури.

Результати дослідження. Аналіз сучасної науково-методичної літератури, узагальнення досвіду провідних фахівців свідчать про те, що відновлення пацієнтів з ішемічним інсультом, залежить від правильності ведення ерготерапевтичних та реабілітаційних заходів на всіх періодах відновної терапії, адекватності ерготерапевтичного втручання [3, с. 7537].

Ерготерапія фокусується на розвитку необхідних для здійснення діяльності в повсякденному житті навичок [4, с. 150], тому вона є основою для покращення здатності функціонувати, підвищення рівня активності та участі пацієнта з ішемічним інсультом, якості життя хворих та близького оточення.

Місце ерготерапії в цьому контексті полягає в наданні індивідуалізованої програми реабілітації, спрямованої на відновлення рухових навичок, збереження або покращення функцій верхньої кінцівки та підвищення самостійності у виконанні повсякденних завдань. Ерготерапевти використовують широкий спектр методик та технік, зокрема роботу з рухливістю, розвиток моторики, збереження або відновлення чутливості, вправи на розвиток координації рухів та інші методи, що спрямовані на покращення функціональності руки та плечового поясу.

Підходи ерготерапії включають індивідуальні та групові заняття, спеціально підібрані вправи та активності з урахуванням потреб і можливостей кожного пацієнта. Ерготерапевти працюють у тісній співпраці з іншими членами мультидисциплінарної команди з метою оптимізації процесу реабілітації та досягнення найкращих результатів у відновленні функцій верхньої кінцівки після інсульту.

Отже, ерготерапія виступає як важливий елемент комплексної програми реабілітації пацієнтів після інсульту, сприяючи їхньому поверненню до нормального життя та підвищенню якості життя.

Висновки. Ерготерапевтичні втручання спрямовані на зниження функціональних порушень шляхом зменшення відчуття болю, розширення діапазону рухів у верхніх кінцівках та завдання орієнтованої терапії і підвищення рівня самостійності у пацієнтів та якості життя. Це сприяє скороченню часу реабілітації після ішемічного інсульту та поліпшує їхню соціальну та фізичну адаптацію.

Застосування методів ерготерапії на різних етапах відновлення пацієнтів після ішемічного інсульту суттєво зменшує спастичність, розширює амплітуду рухів та підвищує функціональну самостійність у повсякденному житті.

Список використаних джерел

1. 29 жовтня — Всесвітній день боротьби з інсультом. URL: <https://phc.org.ua/news/29-zhovtnya-vsесvitniy-den-borotbi-z-insultom>.
2. Cheng Y.Y., Shu J.H., Hsu H.C., Liang Y., Chang S.T., Kao C.L. The Impact of Rehabilitation Frequencies in the First Year after Stroke on the Risk of Recurrent Stroke and Mortality. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2017. Vol. 26(12). P. 2755-2762.
3. De-Rosende-Celeiro I, Rey-Villamayor A, Francisco-de-Miguel I, Ávila-Álvarez A. Independence in Daily Activities after Stroke among Occupational Therapy Patients and Its Relationship with Unilateral Neglect. *Int J Environ Res Public Health.* 2021. №18(14). P. 7537.
4. García-Pérez P., Rodríguez-Martínez M.D., Lara J.P., Cruz-Cosme C. Early Occupational Therapy Intervention in the Hospital Discharge after Stroke. *Int J Environ Res Public Health.* 2021. Vol. 18(24). P.128-177.

МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ЯК ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА

Уварова Олена Олександрівна, к.і.н., доцент,
доцент кафедри суспільних наук,
Нігрецькул Віталій Віталійович,
здобувач 3 курсу медичного факультету № 1,
Одеський національний медичний університет

Численні дослідження показують, що в умовах останніх двох років серед українців підвищилися рівні тривоги та депресії, і не минули ці проблеми здобувачів медичної освіти [1; 6]. Абітурієнти 2022 року, які стикнулися зі змінами у способі життя і навчання під час пандемії COVID-19, отримали збільшення рівня стресу через воєнні події [9]. Вступ до університету – це новий виклик і необхідність адаптації до закладу освіти, навчальних програм, колективу. Усе це безпосередньо впливає на їхній ментальний стан і, як наслідок, на мотивацію до навчання та професійні орієнтири.

Серед здобувачів-медиків досить розповсюджені проблеми з ментальним здоров'ям у повсякденному житті [4], тому будь-які негативні зовнішні чинники можуть погіршити їх психоемоційний стан. Доведений взаємозв'язок між рівнем стресу і мотивацією здобувачів вивчати медицину [2], а також відомості, що ті, хто має більш високий рівень стресу, з більшою вірогідністю покинуть навчання за власним рішенням і не будуть працювати лікарями після здобуття освіти [7], спонукали до вивчення впливу стресових чинників на психоемоційний стан здобувачів-медиків.

Враховуючи педагогічний аспект, в Одеському національному медичному університеті було проведено дослідження психоемоційного стану серед здобувачів 1 курсу. Збір відомостей проходив у травні 2023 р. у вигляді анонімного електронного опитування за допомогою анкетування Google forms, посилання на які було надіслано здобувачам у групах в соціальних мережах. Бажання взяти участь в опитуванні виявили 176 осіб: жінки - 75,6 %, чоловіки - 24,4 %. Для дослідження автори використали опитувальник PHQ-4 [5] з чотирибальною шкалою в діапазоні від 0 = "зовсім ні" до 3 = "майже кожен день", в результаті чого сума балів за підшкалами становить від 0 до 6, а за зведеним балом PHQ-4 - від 0 до 12 .

Результати показали, що середні значення для чоловіків - $4,3 \pm 2,8$, для жінок - $5,7 \pm 2,7$. Серед чоловіків нормальні та легкі оцінки мали майже 70 %, а помірні й тяжкі по 13,95 %. Серед жінок близько половини респондентів мали нормальні та легкі оцінки, а інша половина - помірні та високі. Результати дослідження показали, що майже третина чоловіків та половина жінок здобувачів-медиків має погіршений психоемоційний стан, причому психоемоційний стан жіночої частини значно гірше, ніж чоловічої.

Для корекції психоемоційного стану здобувачам пропонується виконання регулярних фізичних вправ [3; 8], а освітнім установам - проведення моніторингу психоемоційного стану здобувачів і просвітницька діяльність щодо ментальних проблем. Освітні заклади мають активізувати роботу психологічних служб, пропонувати роз'яснювальні бесіди, організовувати заходи для спілкування здобувачів з професіоналами спільної сфери, налагоджувати механізми корекції тривожних станів у молоді.

Отже, результати дослідження показали негативний вплив зовнішніх чинників на психоемоційний стан здобувачів вищої медичної освіти 1-го року навчання. Тому є важливим проведення подальших досліджень в цій сфері задля формування комплексу заходів протидії ментальним проблемам з метою підвищення мотивації до навчання.

Список використаних джерел

1. Лазаренко В., Саніна Н. Психологічний стан здобувачів закладу вищої освіти під час війни. *Модернізація та сучасні українські і світові наукові дослідження* : II Міжнародна студентська наукова конференція, м. Тернопіль, 22 квітня 2022 р. Тернопіль, 2022. С. 239–240.
2. Alotiby A. The Correlation between Stress Levels among Undergraduate Medical Students and Their Motivation for Studying Medicine. *Education Research International*. 2022. Режим доступу: <https://doi.org/10.1155/2022/1605435>
3. Dale L. P. et al. Physical activity and depression, anxiety, and self-esteem in children and youth: An umbrella systematic review. *Mental Health and Physical Activity*. 2019. Vol. 16. P. 66–79.
4. Gusakova I. V., Konovalov S. V., Hmel L. L. Depression, anxiety and stress (according to DASS-21 test results) among students of Vinnytsya national medical university. *Reports of Vinnytsya National Medical University*. 2023. Vol. 27(1). P. 17-21.

5. Kroenke K. et al. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*. 2009. Vol. 50(6). P. 613–621.
6. Kurapov A. et al. Six months into the war: a first-wave study of stress, anxiety, and depression among in Ukraine. *Frontiers in psychiatry*. 2023. Vol. 14. Режим доступу: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1190465>
7. Palička M. et al. The influence of excessive stress on medical students in the Czech Republic – national sample. *BMC Med Educ*. 2023. Vol. 23. Режим доступу: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2283482/v1>
8. Rebar A. L. et al. A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. *Health Psychology Review*. 2015. Vol. 9(3). P. 366-378.
9. Srichawla, B. S., Khazeei Tabari, M. A., Munoz-Valencia, A., Bonilla-Escobar, F. J. War on Ukraine: Impact on Ukrainian Medical Students. *Int J Med Stud*. 2022. Vol. 10(1). P. 15-17.

ВПЛИВ СТРЕСУ НА ПЕРЕБІГ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

Усачова Олена Віталіївна д.мед.н., професор,
зав. кафедри дитячих інфекційних хвороб ЗДМФУ
Работягова Тетяна Олександрівна
Лікар-інтерн педіатр ЗДМФУ

Актуальність. Проблема стресу постала перед маленькими українцями ще в 2014 році, коли на наші землі прийшла війна, але про це довгий час мало хто говорив. Наразі, коли у 2022 році відбулось повномасштабне вторгнення, проблема стресу та його вплив на здоров'я дітей гостро постає перед суспільством.

Мета: продемонструвати сучасні дослідження клінічних ознак та механізмів небезпечного впливу стресових факторів на перебіг інфекційних захворювань у дітей.

Матеріали та методи: були проаналізовані сучасні літературні дані про вплив стресу на соматичний стан організму дитини та частоту і перебіг гострих респіраторних вірусних інфекцій

Результати та обговорення

Стрес – це реакція організму на вплив факторів, адаптація до яких перевищує його можливості [1]. Це реакція природна. Коли вона тимчасова, організм долає її та відновлює втрачений ресурс. Але коли ми говоримо про воєнний стан, йде постійний вплив різноманітних факторів стресу на життя дітей. Зокрема це звуки вибухів, втрата близьких людей, безпосередній травматичний досвід. Також фактором стресу під час війни може стати неврівноважена поведінка батьків. Під впливом цих факторів психіка виснажується. Організм дитини особливо чутливий до постійного стресу, тому він припиняє адекватно справлятися з життєвими викликами. На фоні цього виникає збій в роботі як окремих органів та систем так і всього організму [2].

Наразі досить глибоко проблема стресу вивчається в контексті певних психоемоційних розладів. Але не варто забувати і проте, що стрес призводить і до соматичних порушень. Це може проявлятися такими клінічними ознаками як:

1. Поверхнєве дихання, пітливість і прискорене серцебиття.
2. Головні болі, запаморочення та проблеми зі сном.
3. Нудота, розлад травлення або проблеми з травленням.
4. Збільшення або втрата ваги через переїдання чи недоїдання.
5. Часті болі та нездужання [2].

При цьому в кожній окремій дитини при стресі можуть реєструватися та домінувати окремі із наведених соматичних проявів [5], що утруднює ранню діагностику цього стану.

На прикладі захворювання дітей на гострі респіраторно-вірусні інфекції (ГРВІ) демонструємо потенційні механізми взаємозв'язку між стресом і ризиком розвитку ГРВІ.

Існує кілька можливих пояснень підвищення ризику розвитку респіраторних інфекцій на тлі стресу. По-перше, відомо, що стрес негативно впливає на функціонування імунної системи, посилюючи вироблення прозапальних медіаторів і ураження дихальних шляхів [3]. Здавалося би, підвищення рівня кортизолу – гормону стресу – мало би пригнічувати запалення подібно до преднізолону чи гідрокортизону. Проте все відбувається навпаки. Не так давно з'ясувалося, що зв'язок тут дещо складніший. Науковці [4] встановили, що імунні клітини на тлі стресу стають менш чутливими до кортизолу. Внаслідок цього типовий взаємозв'язок між кортизолом і запаленням у дорослих та дітей, які перебувають у стресовому стані, порушується, й підвищення кортизолу не призводить до зменшення запалення. Результатом стає тяжчий та триваліший перебіг ГРВІ.

Висновки

1. В умовах війни стрес є невід'ємною частиною життя кожної дитини.
2. Прояви та симптоми стресу у кожної дитини індивідуальні і потрібно ретельно спостерігати за станом дитини, щоб вчасно виявити та запобігти нищівним наслідкам стресу.
3. Вплив стресу на імунну систему призводить до більш тяжкого та тривалого перебігу інфекційних захворювань.

Список використаних джерел

1. Підчасов Є.В., Чепелева Н.І. Стресові стани дитини під час війни // Особистість, суспільство, війна : тези доп. учасників міжнар. психол. форуму (м. Харків, 15 квіт. 2022 р.). – Харків : ХНУВС, 2022. – С. 93-95.
2. Савелюк Н. М. Переживання стресу в умовах війни: досвід українського студентства // Психологія: реальність і перспективи : збірник наукових праць РДГУ. 2022.
3. <https://www.unicef.org/ukraine/stories/what-is-stress>
4. Стрес і гострі респіраторні інфекції: досліджуємо зв'язок // Здоров'я України. -№ 17 (486). - Вересень 2020 р.
5. Ader R., Felten DL, Cohen N., editors. Psychoneuroimmunology, 3rd ed. Academic Press, San Diego, CA, 2001.

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДИНИ З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДІВ ПФЧ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

*Чмара Діана Віталіївна
здобувач другого рівня вищої освіти ЗДМФУ
Черненко Олена Євгенівна
канд. фіз.вих., доцент, доцент ЗВО кафедри ФРСМФВіЗ ЗДМФУ*

Під час війни ми завжди маємо проблему медико-психологічної реабілітації, адже це завжди стрес, моральне виснаження та втрата фізичного здоров'я. Ці явища притаманні великій кількості населення України. Тому питання пошуку адекватних засобів реабілітації є вкрай актуальним. Хотілось би зауважити, що у результаті проведення реабілітаційних заходів, ми часто отримуємо позитивну реакцію змін психічного стану людини, тож, бажано, працювати комплексно.

До основних засобів комплексної реабілітації відносять відновне лікування, використання терапевтичних вправ, преформованих фізичних чинників, природні чинники відновлення, психологічна реабілітація [2].

Відновлення шкірного покриву – це один з найперших пунктів, на які варто звернути увагу, адже порушення їх зовнішнього вигляду може призвести до появи психологічних комплексів, замкнутості у собі та відлюдкуватості, що буде негативно позначатись на загальному психоемоційному стані людини.

На сьогодні, завдяки великій кількості сучасних та безпечних методів преформованих фізичних чинників, ми маємо можливість працювати у напрямку відновлення шкіри наших співгромадян, які мають певні пошкодження в результаті військових дій.

Одні з найефективніших методів – це радіочастотний ліфтинг: за допомогою струму RF-частоти проводить контрольований тепловий вплив на дерму, що стимулює вироблення нового колагену й еластину, та починає набагато швидше відбуватися обмін речовин у шарах шкірі. Струми високої частоти впливають на дерму (колагеново-еластиновий каркас обличчя) і гіподерми (підшкірно-жирову клітковину), минаючи епідерміс. Внаслідок прогрівання в шкірі, що поступово втратила частину своїх функцій, має прояви в'ялості, обвислості, зморшкуватості, посилюється крово- і лімфовідтік, активізується обмін речовин, відновлюється робота фібробластів (виробляють речовини, які є попередникам колагенових і еластинових волокон, гіалуронову кислоту, фібрин). Волокна повертають тонус, стискаються і заново формують молоде і пружне обличчя [1].

При використанні апаратів RF-ліфтингу температура впливу на шкіру нижча – від 40 до 45 градусів. Виконується на біполярній насадці, що робить процедуру повністю контрольованою і безпечною.

Також високу ефективність має метод мікрострумової терапії. Мікрострумова терапія – комплексна неінвазивна методика впливу на організм в косметології, яка заснована на впливі слабого імпульсного електричного струму. Послідовно діючи на м'язи, лімфатичні судини, дерму та епідерміс, мікрострум поліпшує стан шкіри. Мікрострумова терапія для обличчя передбачає

стимуляцію клітин дерми та підшкірних шарів електричним струмом з мінімальною амплітудою та частотою. Такий спосіб впливу активізує обмінні процеси, що відбуваються в клітинах, і покращує роботу кровоносних судин. Глибоко проникаючи в шкірний покрив, мікроструми прибирають застійні явища в тканинах, прискорюють мікроциркуляцію крові і струм лімфи [1].

Вплив на шкіру та підшкірні тканини за допомогою струму надмалої частоти та амплітуди відкриває широкі можливості з погляду естетичної медицини. Мікрострумова терапія активізує вироблення власних еластинових і колагенових волокон, випромінює тонус м'язів, що відповідають за мимічні зморшки, прискорює лімфодренаж і успішно виводить набряки.

Відновлюється фізіологічна активність клітин, приходять у норму всі процеси, що протікають в них, посилюються природні захисні функції.

Таким чином, ми можемо зазначити, що такі методи є цілком безболісними, ефективними та безпечними, що визнано у всьому світі, тому ми можемо широко використовувати їх у практиці реабілітації постраждалих внаслідок військових дій, і з впевненістю пропонувати їх тим хто цього потребує.

Список використаних джерел

1. Дерматологія. Венерологія. Т.В. Святенко, І.В Свистунов. Видавництво: Нова книга, 2021, с. 656.
2. Напрями комплексної медичної реабілітації пацієнтів після перебування в екстремальних умовах [Електронний ресурс] / В. Л. Підлубний, С. П. Мирний, М. Ф. Щуров, Ю. А. Ганошенко // Innovations and prospects in modern science : Proceedings of I International Scientific and Practical Conference, 15-17 January 2023, Stockholm, Sweden. - Stockholm : SSPG Publish, 2023. – P. 87-89.

СЕКЦІЯ 9. МАЙБУТНЄ МЕДИЦИНИ: СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКЕ ПРОГНОЗУВАННЯ

УДК 614.2:378:338.46:61

МЕДИЧНА ОСВІТА ТА КАДРИ В УКРАЇНІ: ВИКЛИКИ СУЧАСНОСТІ

*Волосовець Олександр Петрович
доктор медичних наук, професор член-кореспондент НАМН України,
завідувач кафедри педіатрії №2*

*Національного медичного університету імені О.О. Богомольця,
член Медичної Ради МОЗ України,*

Волосовець Антон Олександрович

*доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри медицини невідкладних станів
Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,*

Вербицький Ігор Володимирович

*кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри медицини невідкладних станів
Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика*

АНОТАЦІЯ

Вступ. В умовах триваючої війни як ніколи гостро для України стоїть питання забезпечення достатньою кількістю якісно підготовлених медичних кадрів, що так необхідні, як для потреб військової медицини, так і для забезпечення населення необхідною медичною допомогою у тилу.

Мета дослідження. Оцінити нинішній стан медичної освіти та показники забезпечення країни лікарями і медичними сестрами у контексті сучасних викликів.

Матеріали та методи. Проведений аналіз статистичних даних Центру медичної статистики МОЗ України та Єдиної державної електронної бази освіти України.

Результати. За даними Центру медичної статистики МОЗ України станом на 1.01.2023 року у закладах охорони здоров'я країни працювало 137 549 лікарів та 241 147 молодших спеціалістів з медичною освітою (далі – молодші спеціалісти). Такі показники є самими низькими в історії України і, безумовно, обмежують можливості галузі охорони здоров'я надавати якісну медичну допомогу населенню, зокрема у прифронтовій зоні і на деокупованих територіях.

Забезпеченість лікарями, медсестрами та акушерками в Україні за оцінкою баз даних кадрових ресурсів Всесвітньої організації охорони здоров'я складає лише 90,2 осіб на 10 тисяч населення.

У порівнянні з середніми показниками по Європейському регіону, що складають 121 особа на 10 тисяч населення, наша країна посідає лише 35 місце і при цьому залишається одним з основних постачальників медичних кадрів для інших країн, але продовжує скорочувати обсяги підготовки лікарів і медичних сестер.

Висновок. Триваюча пандемія і російська агресія разом з іншими чинниками призвели як до суттєвого скорочення обсягів підготовки у медичних університетах, так і прогресуючого зменшення кількості лікарів та медичних сестер в Україні, що вимагає невідкладного прийняття низки відповідних державних рішень. Враховуючи значний розвиток дистанційних і стимуляційних технологій у навчальному процесі, значно змінились засади медичної освіти, що не відмінняє головного її вектора розвитку, спрямованого на покращення якості підготовки майбутніх медиків та євроінтеграцію.

Ключові слова: медична освіта, кадрові ресурси охорони здоров'я, війна, пандемія

MEDICAL EDUCATION AND MEDICAL PERSONNEL IN UKRAINE: CHALLENGES OF OUR TIME

Volosovets O.P., Volosovets A.O., Verbytskyi I.V.

ABSTRACT

Introduction. In the context of the ongoing war, the issue of providing the necessary number of well-trained medical personnel, which is so necessary both for the needs of military medicine and for providing the population with the necessary medical care in the home front, is more acute than ever for Ukraine.

The aim of the study. To evaluate the current state of medical education and indicators of the country's supply of doctors and nurses in the context of current challenges.

Materials and methods. The statistical data of the Centre for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine and the Unified State Electronic Database of Education of Ukraine were analysed.

Results. According to the Centre for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine, as of 1 January 2023, the following people worked in the country's health care institutions - 137,549 doctors and 241,147 specialists with basic medical education. These figures are the lowest in the history of Ukraine and undoubtedly limit the ability of the healthcare sector to provide quality medical care to the population, particularly in the frontline area and de-occupied territories.

According to the World Health Organisation's Human Resources Database, the number of doctors, nurses and midwives in Ukraine is only 90.2 per 10,000 people. Compared to the European average of 121 people per 10,000 population, our country ranks only 35th and remains one of the main suppliers of medical personnel to other countries, but continues to reduce the number of doctors and nurses.

Conclusion. The ongoing pandemic and Russian aggression, along with other factors, have led to a significant reduction in the number of medical universities and a progressive decrease in the number of doctors and nurses in Ukraine, which requires urgent adoption of a number of relevant government decisions. Given the significant development of distance and stimulation technologies in the educational process, the principles of medical education have also changed significantly, which does not change its main vector of development aimed at improving the quality of training of future doctors and European integration.

Keywords: medical education, healthcare human resources, war, pandemic

Вступ. В умовах триваючої війни як ніколи гостро для України стоїть питання забезпечення достатньою кількістю якісно підготовлених медичних кадрів, що так необхідні, як для потреб військової медицини, так і для забезпечення населення необхідною медичною допомогою у тилу.

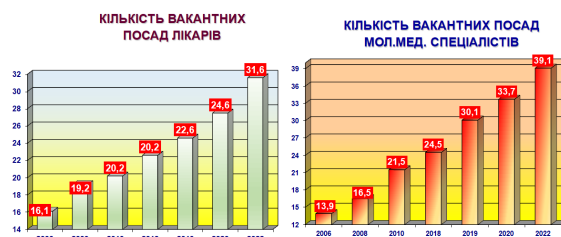
Мета дослідження. Оцінити нинішній стан медичної освіти та показники забезпечення країни лікарями і медичними сестрами у контексті сучасних викликів.

Матеріали та методи. Проведений аналіз статистичних даних Центру медичної статистики МОЗ України та Єдиної державної електронної бази освіти України.

Результати. За даними Центру медичної статистики МОЗ України станом на 1.01.2023 року у закладах охорони здоров'я країни працювало 137 549 лікарів та 241 147 молодших спеціалістів з медичною освітою (далі – молодші спеціалісти) [1]. Такі показники є самими низькими в історії України і, безумовно, обмежують можливості галузі охорони здоров'я надавати якісну медичну допомогу населенню, зокрема у прифронтовій зоні і на деокупованих територіях. Як завжди у найгіршому становищі знаходиться сільське населення де показники забезпеченості лікарями є найменшими: працює лише 6544 лікарів або 5,17% від загальної кількості практикуючих лікарів (126403).

В умовах війни і пандемії забезпеченість саме практикуючими лікарями зменшилась до 23,6 на 10 тис. населення, у той час як до війни було 24,7 на 10 тис. населення. Забезпеченість молодшими спеціалістами зменшилась ще більш вражаюче від 70,94 на 10 тисяч населення у 2019 році до 58,8 на 10 тисяч населення у 2022 році [1, 2]. Укомплектованість лікарських посад у закладах охорони здоров'я нині не перевищує 80,6%, а сестринських – 84,5%. Вакантних лікарських посад у галузі у 2022 році нараховувалось 33,1 тисячі, а вакантних сестринських посад ще більше – 39 тисяч. Так, кількість лікарів тільки за 2022 рік в Україні скоротилась на 6 350 осіб, а кількість молодших медичних працівників із медичною освітою – на 20 108 осіб [1].

ЗБІЛЬШЕННЯ КАДРОВОГО ДЕФІЦИТУ ЛІКАРІВ ТА МОЛОДШИХ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ 2006-2022 рр. (У ТИС.)



- 10 тис. лікарів за два ост. роки - 40,3 тис. медсестер за два роки

Забезпеченість лікарями, медсестрами та акушерками в Україні за оцінкою баз даних кадрових ресурсів Всесвітньої організації охорони здоров'я складає лише 90,2 осіб на 10 тисяч населення. У порівнянні з середніми показниками по Європейському регіону, що складають 121 особа на 10 тисяч населення, наша країна посідає лише 35 місце і при цьому залишається одним з основних постачальників медичних кадрів для інших країн [3].

В умовах такого різкого скорочення кількості лікарів та медичних сестер у воюючій державі з року в рік продовжується свідоме зменшення обсягів прийомів за державним замовленням до медичних університетів через створення штучних обмежень шляхом запровадження МОН України 150-бального порогу прийому та через падіння престижності і соціальної захищеності медичних професій у країні.

Так, як наслідок, у 2023 році прийом абітурієнтів на найбільш популярну спеціальність у галузь знань «Охорона здоров'я» - 222 «Медицина» склав тільки 2285 осіб, що на 8% менше, ніж у попередньому році, а на спеціальність 228 «Педіатрія» - лише 172 особи на усю країну (76,5% від плану прийому) і це при тому, що нестача дитячих лікарів в Україні складає 1262 особи і вже є реальною проблемою державної безпеки.

Варто зазначити, що до війни на місця за державним замовленням взагалі приймалось близько 4000 майбутніх лікарів, серед них більше 300 педіатрів. Складається парадоксальна ситуація: війна, пандемія та значні міграційні процеси обумовлюють необхідність збільшення обсягів підготовки медиків аби компенсувати втрати, а в Україні свідомо зменшують обсяги їх підготовки при зростаючих потребах держави і достатній мережі медичних університетів та коледжів. Скорочення контингенту студентів досить швидко призведе до скорочення штату викладачів, а це вже у ближчій перспективі буде втратою інтелектуального потенціалу країни.

То ж не дивно, що в умовах війни чиновники МОН України вирішили взагалі відмовитись від додипломної підготовки дитячих лікарів, медичних психологів та спеціалістів з громадського здоров'я. Через низку об'єктивних чинників також значно зменшились обсяги прийому студентів медичних вишів і коледжів на контрактну форму навчання. Так, на спеціальність 223 «Медсестринство» у 2023 році загальний прийом на бюджетні і контрактні місця не досяг і 5 тисяч осіб, у той час як у довоєнному 2019 році прийом складав близько 14 тисяч осіб на усі форми підготовки, з них за контрактом – 5625 [2]. А за числом випускників медичних освітніх закладів на 100 тисяч населення, за даними бази даних ВООЗ, Україна посідає в Європейському регіоні передостаннє місце [3].

У 2022 році в Україні співвідношення між лікарями і молодшими спеціалістами досягло найнижчих цифр в історії країни та галузі охорони здоров'я 1:1,75 (у ЄС – 1:2,4) [1]. На тлі запровадженої реорганізації спроможної мережі лікарень, що є не чим іншим як їх скороченням, така кадрова ситуація може призвести до погіршення якості надання медичної допомоги населенню [4].

Усе вищезазначене вимагає невідкладних заходів на рівні урядових рішень задля збільшення вже у 2024 році обсягів державного та комунального замовлення до 10 тисяч лікарів та не менше 14 тисяч молодших спеціалістів із медичною освітою щорічно з пріоритетом їх підготовки для прифронтових і деокупованих територій та сільських районів.

Вважаємо за необхідне збільшити обсяг державного замовлення до обсягу не менше 1000 дитячих лікарів та 500 санітарних лікарів із цільовою їх підготовкою для потреб найменш забезпечених лікарнями областей.

В умовах війни і тотального кадрового лікарського і сестринського дефіциту необхідно негайно законодавчо ввести норму обов'язкового відпрацювання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я протягом 3-5 років тими випускниками, які вчилися у медичних вишах за держзамовленням. Необхідно зняти штучні обмеження щодо прийому абітурієнтів до медичних університетів на основні лікарські спеціальності через відміну або зменшення на час війни необхідної кількості набраних балів.

Також місцевій владі необхідно запровадити для медиків мотиваційну систему регіональних фінансових і соціальних стимулів. МОН України за результатами проведеного громадського обговорення доцільно відновити у Переліку освітніх галузей та спеціальностей такі медичні спеціальності, як: «Педіатрія», «Медична психологія», «Громадське здоров'я».

Виклики сучасності вимагають відповідних змін у медичній освіті через збільшення практичної складової підготовки майбутніх лікарів і медичних сестер, зокрема розширення викладання таких навчальних дисциплін як медицина невідкладних станів, ортопедія і травматологія, психіатрія, анестезіологія та військова медицина.

Необхідною умовою забезпечення такої практичної підготовки має стати потужний розвиток у медичних університетах та коледжах саме симуляційного навчання та створення і розвитку відповідних центрів стимуляційної підготовки. Важливою складовою у підготовці медичних працівників у нинішніх умовах має залишатись їх дистанційна підготовка на додипломному та післядипломному етапах.

Висновок. Триваюча пандемія і російська агресія разом з іншими чинниками призвели як до суттєвого скорочення обсягів підготовки у медичних університетах, так і прогресуючого зменшення кількості лікарів та медичних сестер в Україні, що вимагає невідкладного прийняття низки відповідних державних рішень. Враховуючи значний розвиток дистанційних і стимуляційних технологій у навчальному процесі, також значно змінились засади медичної освіти, що не відміняє головного її вектора розвитку, спрямованого на покращення якості підготовки майбутніх медиків та євроінтеграцію.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та будь-яких фінансових інтересів при підготовці цієї публікації.

Список використаних джерел

1. Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2021-2022 роки. Довідник. ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України». 2023. 50 с.
2. Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2018-2019 роки. Довідник. ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України». 2020. 63 с.
3. Health and care workforce in Europe: time to act. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Available from: <https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789289058339>
4. Volosovets OP, Lurin IA, Naumenko OM, Volosovets AO, Kryvopustov SP. Current challenges for the health care system due to the lack of medical staff and the continuous professional development of doctors. *Wiad Lek.* 2022;75(5 pt 1):1136-1139. doi: 10.36740/WLek202205115. PMID: 35758491.

СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОБОТИ ФАРМАЦЕВТА: ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ

*Ткаченко Наталя Олександрівна,
доктор фармацевтичних наук, професор,
завідувач кафедри управління та економіки фармації,
Маганова Тамара Валеріївна,
PhD 226 Фармація, промислова фармація,
асистент кафедри управління та економіки фармації,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Охорона здоров'я – соціально важлива галузь, що є складовою національної безпеки держави та обумовлює обов'язкове державне регулювання її діяльності. Враховуючи ринкові відносини сьогодення, регулюються лише загальні аспекти медичної, фармацевтичної та господарської діяльності суб'єктів даної галузі. Регулювання питань етико-деонтологічного характеру закріплене за професійною спільнотою та прописані у відповідних етичних кодексах.

Сьогодні суспільству презентується єдина мультидисциплінарна команда фахівців охорони здоров'я, яка представлена фахівцями, що належать до професій публічної довіри з високим рівнем соціальної відповідальності. Саме ця команда (медики, фармацевти, соціальні працівники) реалізує найважливішу соціальну функцію держави – збереження та поліпшення здоров'я населення. Робота у команді потребує великих зусиль, злагоженості, комунікації та розуміння кожним членом своєї ролі. Тому фармацевтична спільнота повинна постійно впливати на формування соціально-відповідальної поведінки як усієї команди загалом, так і на фахівців фармації безпосередньо.

Метою роботи стало вивчення особливостей професійних відносин та висвітленням проблемних соціально-етичних аспектів у діяльності фахівців фармації.

У процесі здійснення фармацевтичної діяльності утворюється певне професійне «поле відносин», яке можна поділити за суб'єктом комунікації на пари: «фармацевт – пацієнт», «фармацевт – суспільство», «фармацевт – лікар», «фармацевт – фармацевт» та «фармацевт – керівник».

Аналізуючи процес взаємовідносин в усіх означених парах нами було визначено декілька спільних проблем, що так або інакше мають філософські й етичні корні:

- нерозуміння і неприйняття соціальної відповідальності як одного із базових компонентів професії;
- неякісна комунікація у команді фахівців;
- порушення етичних і деонтологічних принципів професії, що призводить до викривленого суспільного сприйняття професії;
- зниження уваги до питання формування «професійної лексики»;
- збільшення професійних ролей фармацевта (фармацевт 7 зірок – фармацевт 10 зірок), а як наслідок збільшення вимог суспільства до фахівців професії публічної довіри – фармацевта.

Ми всі (медики, фармацевти, соціальні працівники) в одному човні, який пливе у визначеному напрямі – якісна, своєчасна, доступна допомога у збереженні здоров'я громадян. Отже потрібно виправляти помилки, покращувати якість професійної комунікації, удосконалювати професійний рівень фахівців. Наші медичні і фармацевтичні працівники повинні бути не тільки конкурентоспроможними та вмотивованими до високої якості надання медичних і фармацевтичних послуг, але й отримувати повагу до виконуваної ними роботи з боку пацієнтів та гідну заробітну плату від роботодавців.

І, до поки не сформується «професійна свідомість» у кожного представника фармації – студента-майбутнього фармацевта, практичного фармацевта, науковця-фармацевта, бізнесмена-фармацевта, до поки кожен фармацевтичний фахівець не буде поважати себе як професіонала (що у т.ч. означає спілкування професійною грамотною мовою, виконувати якісно свої професійні ролі), до того часу буде існувати «спотворений» зворотній зв'язок у комунікаціях фармацевтів та команди фахівців охорони здоров'я.

ЦИФРОВІЗАЦІЯ МЕДИЦИНИ В КРАЇНАХ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ (ЄС)

*Андрюкайтене Регіна, PhD з соціальних наук (менеджмент),
лектор Литовського Університету спорту (Каунас, Литва),
Воронкова Валентина Григорівна, доктор філософських наук, професор,
завідувачка кафедри управління та адміністрування,
Інженерний навчально-науковий інститут ім. Ю.М.Потебні,
Запорізького національного університету,
Череп Алла Василівна, доктор економічних наук, професор,
декан факультету економіки, Заслужений діяч науки і техніки України,
Академік академії наук вищої освіти України,
Запорізький національний університет*

Цифровізація медицини в країнах Європейського Союзу (ЄС) активно розвивається з метою покращення надання медичних послуг, оптимізації управління здоров'ям та забезпечення більш ефективного використання ресурсів. Ступінь цифровізації медицини може варіюватися в різних країнах Європейського Союзу, і багато з них активно впроваджують цифрові технології для покращення системи охорони здоров'я. Естонія відома своєю електронною системою здоров'я, яка включає електронні медичні записи, електронні рецепти, інтеграцію даних між лікарнями та лікарями. Пацієнти мають доступ до своїх медичних записів через онлайн-портал. Данія має розвинену систему електронних медичних записів, електронні рецепти, телемедицина та інші цифрові рішення, використовує інноваційні технології для підвищення якості та доступності медичних послуг. Фінляндія, Литва, Латвія впроваджують електронні медичні записи та інші цифрові ініціативи для покращення доступу пацієнтів до медичних послуг та оптимізації лікарських процесів [1].

Швеція сприяє застосуванню електронних систем для обміну медичною інформацією, впровадження телемедицини та створення цифрових інструментів для пацієнтів. Нідерланди використовують електронні медичні записи та електронні рецепти, а також впровадження цифрових технологій для оптимізації медичних процесів. Ці країни вкладають зусилля в цифровізацію медицини для поліпшення доступу, якості та ефективності медичних послуг. Важливо відзначити, що країни ЄС розвивають цифрові рішення в галузі охорони здоров'я, ситуація швидко змінюється залежно від інновацій та стратегій впровадження, що обрані кожною країною. Багато країн ЄС впроваджують системи електронних медичних записів для зберігання та обміну інформацією між медичними закладами та лікарями. Це сприяє покращенню координації догляду та доступності медичних даних. Телемедицина отримує широке поширення в ЄС, дозволяючи віддалені консультації, моніторинг пацієнтів та інші віртуальні медичні послуги. Зусилля прикладаються для стандартизації та поліпшення обміну медичною інформацією між різними системами та країнами з метою підвищення інтеперабельності. Країни ЄС активно використовують штучний інтелект та аналітику для обробки великої кількості медичних даних, що допомагає у виявленні та прогнозуванні захворювань. Введення медичних порталів, де пацієнти можуть отримувати доступ до своїх електронних медичних записів, отримувати результати аналізів та спілкуватися з медичними фахівцями. Цифровізація медицини в країнах ЄС сприяє поліпшенню доступності медичних послуг, збільшенню ефективності та сприяє більш ефективному управлінню здоров'ям. Однак існують виклики, такі як вирішення питань щодо стандартизації, безпеки та етики використання цифрових технологій в медицині.

На початку XXI століття цифрові технології країн ЄС значно змінили парадигму медичної практики в різних країнах світу. Цифровізація медицини – це процес впровадження технологій і цифрових рішень для поліпшення надання медичних послуг, управління медичними даними та підвищення якості медичної допомоги. Ця концепція передбачає використання інформаційних технологій, мережевих з'єднань та аналітики для покращення роботи лікарень, забезпечення безпеки пацієнтів та забезпечення доступу до ефективних медичних послуг. В багатьох країнах ЄС впроваджені системи електронних медичних записів, які замінюють традиційні паперові файли. Це дозволяє лікарям та іншим медичним працівникам легко отримувати доступ до інформації про пацієнтів, подавати ліки, вести моніторинг стану хворих. Застосування відеокommунікаційних технологій для забезпечення консультацій, діагностики та лікування на відстані. Застосування різноманітних пристроїв, які з'єднані через Інтернет для збору та обміну медичною інформацією. Наприклад, носимі пристрої можуть вимірювати показники здоров'я та передавати їх до систем моніторингу. Використання алгоритмів машинного навчання та ШІ для аналізу великих обсягів медичних даних. Це може поліпшити діагностику, передбачення захворювань та вибір ефективних

методів лікування. Розробка програмних систем, що надають лікарям рекомендації та інформацію для прийняття найкращих можливих рішень у сфері діагностики та лікування. Застосування віртуальної реальності для навчання медичних працівників, реабілітації пацієнтів та використання у хірургії для тренування та планування операцій. Використання технології блокчейн для забезпечення безпеки та недоторканості медичних записів, а також для відстеження обігу медичних даних. Ці технології сприяють покращенню доступу до медичної допомоги, підвищенню ефективності лікування та сприяють інноваційному розвитку медичної галузі в цілому. Цифровізація медицини має на меті покращити ефективність, точність та швидкість надання медичної допомоги, а також зробити її більш доступною для широкого кола населення. Здорожчання та розвиток технологій зв'язку сприяють розширенню віртуальних консультацій, моніторингу пацієнтів та інших телемедичних послуг. Додаткові розробки в галузі штучного інтелекту та машинного навчання можуть призвести до створення більш точних алгоритмів діагностики, персоналізованих лікувальних планів та прогнозування захворювань. Розробники технологій все більше звертають увагу на те, як зробити цифрові медичні рішення більш доступними, зручними та ефективними для пацієнтів і лікарів. З розвитком технологій обробки великих обсягів даних та аналітики, медичні заклади можуть здійснювати більш точний аналіз медичної інформації, що допомагає у прийнятті більш обґрунтованих рішень. Цифровізація медицини продовжує розвиватися, а нові технології та інновації вносять значний внесок у поліпшення медичного обслуговування та забезпечення більш ефективного управління здоров'ям. Використання штучного інтелекту (ШІ) в медицині вже привносить інновації та покращення у багатьох аспектах медичної практики. ШІ використовується для аналізу зображень, таких як рентгени, мрт, комп'ютерна томографія, допомагаючи в ранній діагностиці захворювань та інтерпретації результатів зображень. Алгоритми ШІ можуть аналізувати фотографії шкіри для виявлення ознак раку або інших захворювань. ШІ використовується для аналізу генетичних даних та інших медичних параметрів для розробки персоналізованих лікувальних планів. Продовжуючи обговорення цифровізації медицини в країнах Європейського Союзу (ЄС) слід врахувати ключові виклики, що стоять перед медициною ц XXI столітті. Один із ключових викликів у цифровізації медицини в ЄС - це покращення інтероперабельності систем та встановлення стандартів обміну даними. Спільні ініціативи та нормативи сприяють забезпеченню сумісності різних медичних інформаційних систем. Багато країн ЄС впроваджують електронні системи рецептів та електронні аптечні системи для покращення процесів виписування ліків та контролю над їхнім використанням. Розвиваються цифрові інструменти для самомоніторингу та управління здоров'ям пацієнтів, включаючи мобільні додатки для ведення щоденника симптомів, відслідковування фізичної активності та інші засоби підтримки здоров'я. Створюються цифрові платформи для об'єднання медичних закладів, лікарів, пацієнтів та дослідників для спільної роботи, обміну даними та здійснення колективних досліджень. Деякі країни ЄС активно розвивають ініціативи щодо відкритих даних в медицині, що сприяє високоточному аналізу та дослідженням у галузі охорони здоров'я. Таким чином, цифровізація медицини в країнах ЄС є комплексним процесом, який охоплює багато аспектів, від технічних інновацій до організаційних змін у системах охорони здоров'я. Зусилля національних та міжнародних груп спрямовані на те, щоб зробити медичні послуги більш ефективними, доступними та адаптованими до потреб пацієнтів. Так, зусилля національних та міжнародних груп в галузі цифровізації медицини спрямовані на досягнення ряду важливих цілей, що стосуються поліпшення медичних послуг та задоволення потреб пацієнтів. Цифровізація медицини дозволяє автоматизувати рутинні завдання, впроваджувати алгоритми для швидшої діагностики та лікування, що поліпшує загальну ефективність медичних послуг. Аналіз даних та використання штучного інтелекту допомагають створювати персоналізовані лікувальні плани, враховуючи унікальні характеристики та потреби кожного пацієнта. Використання цифрових технологій сприяє поліпшенню діагностики, забезпеченню точності та ефективності медичних процедур, а також сприяє швидшому доступу до важливих медичних даних. Тема цифровізації медицини має велике практичне значення, оскільки вона впливає на різні аспекти надання медичних послуг, управління здоров'ям та співпрацю між пацієнтами та медичними фахівцями. Цифровізація медицини практично впливає на покращення усієї системи охорони здоров'я та забезпечує більш інтегрований, ефективний та пацієнтоорієнтований підхід до надання медичних послуг [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.

СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКА КОНЦЕПЦІЯ ВІДПОВІДАЛЬНОГО САМОЛІКУВАННЯ

*Білай Іван Михайлович,
д.мед.н., професор,
Білай Андрій Іванович,
к.мед.н., асистент,*

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

В теперішній час найчастіше виникає проблема нераціонального застосування лікарських засобів, їх вибору, неправильної інформації про лікарські засоби, їх прийому, побічної дії, взаємодії з іншими ліками, поєднання з їжею. Дуже часто не враховуються фармакодинамічні та фармакокінетичні властивості лікарських препаратів, тривалість застосування, дози разова та добова, несумісність з іншими лікарськими засобами при супутніх захворюваннях. Помилки, які пов'язані з призначенням лікарських препаратів є джерелом ускладнень фармакотерапії, що несе відповідальність для лікарів в першу чергу, а також фармацевтів. Велика роль у цьому складному процесі виконання клініко-фармакологічних принципів відведена пацієнтам, які попадають в ракурс відповідального самолікування. Можливо аспекти відповідального самолікування на перший погляд є простими, але насправді прийом безрецептурних та рецептурних ліків потребує багато спеціальних знань, дисципліни та терпіння, щоб у цьому трикутнику «лікар-пацієнт-фармацевт» було раціональне зерно порозуміння заради позитивного кінцевого результату лікування та видужання пацієнта. В багатьох країнах світу пацієнти хворіють однаково на основні хвороби, серед яких перш за все серцево-судинні хвороби, цукровий діабет, онкологічні захворювання, а також найчастіше пред'являють скарги на такі окремі симптоми, як біль в горлі, кашель, лихоманку, риніт, порушення сну, діарею та закрепи, головну та зубну біль та інше.

Біля четверті всіх патологій та симптомів можна полегшити оптимальним використанням безрецептурних лікарських засобів. Водночас економічний ефект у провідних країнах Євросоюзу від самолікування досягає 1,3 млрд доларів на рік, що викликало виникнення та розвитку концепції самолікування, яке має соціально-філософське прогнозування у майбутньому клінічної медицини. За такої умови не треба забувати про проблему ускладнень фармакотерапії, побічних реакцій та виявлення «загрозливих симптомів» при проведенні фармацевтичної опіки фармацевтами.

У 1924 році Європейська асоціація виробників безрецептурних лікарських засобів привела визначення самолікування в документах ВООЗ, як відповідальне самолікування. За таких обставин хворий може придбати ліки, які є у вільному доступі, як для лікування, так і профілактики не тільки самого себе, а також для членів своєї сім'ї, дітей, знайомих. Дуже важливо при цьому є аспект неправильного використання рецептурних лікарських препаратів, які не знаходяться у вільному доступі під індивідуальну відповідальність без спеціального професійного контролю, що не є відповідальним самолікуванням.

Філософія відповідального самолікування у теперішній час оснований на збільшенні тривалості життя, зниження питомої ваги держави у питаннях охорони здоров'я через подорожчання послуг медицини, переваги хронічної захворювань та збільшення кількості людей похилого та старечого віку. Водночас велике значення має збільшення кількості безрецептурних ліків, реклама лікарських засобів у засобах масової інформації. Крім того підвищився рівень освітнього та життєвого рівня людей та подорожчання медичних послуг.

Отже, концепція соціально-філософського прогнозування відповідального самолікування може базуватися на самодопомозі, коли необхідно покращувати стан здоров'я пацієнтів при загостренні хронічних патологій та отримати долікарську допомогу до контакту з професійними

фахівцями. Водночас самолікування полягає також у самопрофілактиці захворювань, коли пацієнти виконують заходи по виявленню симптоматики на початку ранньої стадії захворювання з метою попередження його перебігу та полегшення свого стану та розвитку патології, зменшення ризику виникнення захворювання та попередження рецидивів, покращенню якості життя пацієнта. За такої умови необхідною умовою оптимального застосування концепції відповідального самолікування є застосування ОТС-ліків, препаратів безрецептурного відпуску, тобто коли хворий може придбати цей засіб без рецепту лікаря для відповідального самолікування.

ВПЛИВ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ НА ЛЮДСТВО

Павленко Нателла Валеріївна

Викладач кафедри суспільних дисциплін

Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

Дане дослідження надає лаконічний огляд комплексного аналізу, який вивчає багатогранний вплив штучного інтелекту (ШІ) на людське суспільство. Швидка еволюція технологій ШІ призвела до трансформаційних змін у різних секторах діяльності людини (освіта, економіка, охорони здоров'я, фінансовий сектор, тощо). Мета цього дослідження - проаналізувати можливості, виклики та етичні наслідки, пов'язані з інтеграцією ШІ в повсякденне життя.

Дослідження використовує міждисциплінарний підхід, включаючи перспективи з філософії, інформатики, етики, соціології та економіки. Шляхом ретельного вивчення поточних застосувань ШІ та нових технологій, дослідження висвітлює потенційні переваги ШІ у підвищенні ефективності, процесів прийняття рішень та інновацій [3]. Проте воно також привертає увагу до викликів, включаючи питання щодо втрати робочих місць, проблем конфіденційності та алгоритмічного упередження. Варто надати перелік деяких переваг та викликів, що надає людству застосування ШІ.

Можливості ШІ:

1. Підвищена ефективність: технології ШІ мають потенціал оптимізувати процеси, підвищувати продуктивність та загалом поліпшувати ефективність у різних галузях.

2. Інновації та творчість: алгоритми на основі ШІ сприяють інноваціям, дозволяючи машинам аналізувати великі обсяги даних та генерувати новаторські рішення.

3. Покращене здоров'я: застосування ШІ в охороні здоров'я обіцяє вдосконалену діагностику, персоналізовані плани лікування та ефективну пацієнтську допомогу.

Виклики, що виникають внаслідок ШІ:

1. Втрата робочих місць: зростання автоматизації через ШІ може призвести до втрати робочих місць, що вимагає переоцінки навичок робочої сили та суспільної структури.

2. Вплив на вибір та справедливість: алгоритми ШІ можуть ненавмисно утримувати існуючі упередження в тренувальних даних, створюючи проблеми з справедливістю та рівністю.

3. Проблеми з безпекою та конфіденційністю: збільшене використання ШІ породжує питання кібербезпеки та конфіденційності, що вимагає міцних заходів для захисту чутливої інформації.

Важливо відзначити, що цей перелік не є вичерпним, і обговорення щодо впливу штучного інтелекту продовжує розвиватися.

Етичні питання є важливою частиною цього дослідження, з фокусом на відповідальному розвитку та впровадженні систем ШІ [2].

Етичні врахування:

1. Прозорість та відповідальність: забезпечення прозорості у процесах прийняття рішень ШІ та відповідальності розробників за наслідки дій ШІ.

2. Конфіденційність даних: впровадження суворих заходів захисту даних для забезпечення конфіденційності осіб та запобігання несанкціонованому використанню особистої інформації [1].

3. Уникнення упередження: прагнення до справедливості та рівності в системах ШІ за допомогою вирішення упереджень у алгоритмах та джерелах даних.

Висновок: У висновку слід відзначити, що вплив ШІ на людське суспільство є глибоким, пропонуючи безпрецедентні можливості, ШІ водночас ставить перед людство і людиною значні виклики. Комплексне розуміння цих динамік, разом із етичними врахуваннями та відповідальним управлінням, є невід'ємною умовою для використання повного потенціалу ШІ на благо людства.

Список використаних джерел

1. Nilsson, N. J. (2014). Artificial Intelligence: A New Synthesis. Morgan Kaufmann.
2. Russell, S., & Norvig, P. (2010). Artificial Intelligence: A Modern Approach. Prentice Hall.
3. Silver, D., Huang, A., Maddison, C. J., Guez, A., Sifre, L., Van Den Driessche, G., ... & Hassabis, D. (2016). Mastering the game of Go with deep neural networks and tree search. Nature, 529(7587), 484-489.

ПОДАТКОВА СИСТЕМА МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ В КРАЇНАХ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ

*Бурашнікова Олена Сергіївна,
здобувач вищої освіти ступеня PhD
доктора філософії спеціальності 073 «Менеджмент»
Інженерного навчально-наукового інституту ім. Ю. М. Потебні
Запорізького національного університету*

Анотація. У дослідженні розглядаються комплексні аспекти оподаткування в різних країнах ЄС та загальні принципи, які формують їхні податкові системи. Основні концепції включають об'єднану податкову базу для корпорацій, систему податку на додану вартість, акцизи та податок на споживчі товари. Аналізується також використання податкових пільг та стимулів для підтримки економічних секторів. Робиться акцент на спільних зусиллях країн ЄС у боротьбі з ухиленням від оподаткування та уникненням податків через стандарти звітності та обмін інформацією. Загалом, тема відображає різноманіття та спільні риси податкових систем в контексті європейської інтеграції.

Abstract. The study examines the complex aspects of taxation in different EU countries and the general principles that shape their tax systems. Key concepts include a unified tax base for corporations, a value-added tax system, excise duties, and a consumer goods tax. The use of tax incentives and incentives to support economic sectors is also analyzed. Emphasis is placed on the joint efforts of EU countries in the fight against tax evasion and tax avoidance through reporting standards and information exchange. In general, the topic reflects the diversity and common features of tax systems in the context of European integration.

Податкова система для медичної галузі визначається податковим законодавством країни, і може включати оподаткування доходів лікарів, лікарень, медичних установ, а також визначати певні податки або пільги для медичних працівників. Податкова система медичної галузі в країнах Європейського Союзу (ЄС) може варіюватися в залежності від кожної окремої країни. Країни ЄС мають власні національні системи оподаткування, і регулювання медичної галузі може включати різні аспекти, такі як оподаткування медичних установ, доходів лікарів, пільг для пацієнтів тощо. Наприклад, в деяких країнах ЄС медичні послуги можуть бути звільнені від ПДВ (податок на додану вартість), але це також може залежати від конкретних умов та видів послуг. Загальні тенденції в країнах ЄС включають прагнення до стабільності фінансування медичних послуг, а також можливості надання податкових пільг для медичних фахівців, які можуть варіюватися в залежності від країни. Загальні тенденції в податковій системі медичної галузі в країнах Європейського Союзу (ЄС) можуть включати такі аспекти: 1) деякі країни ЄС можуть надавати звільнення від податку на додану вартість (ПДВ) для медичних послуг та продуктів, або застосовувати низькі ставки податку на ці товари та послуги. 2) у ряді країн може бути система оподаткування для медичних установ та підприємств у сфері охорони здоров'я. 3) медичні фахівці можуть бути обкладені податками на свій дохід, але можуть існувати пільги та винятки. 4) деякі країни можуть надавати пільги для медичних фахівців, такі як знижки на податки або інші фінансові стимули для залучення та утримання кваліфікованих медичних працівників. 5) оскільки багато країн ЄС мають універсальну систему охорони здоров'я, фінансування цієї системи може бути підтримане через різні джерела, включаючи податки на зарплати, корпоративні податки, а також інші джерела доходів. 6) деякі країни можуть надавати фінансові стимули, такі як податкові кредити або знижки, для підтримки досліджень та розвитку в галузі медицини. 7) тенденція до впровадження електронних систем обліку та звітності може сприяти підвищенню ефективності податкового адміністрування в медичній галузі. Ці тенденції можуть різнитися в кожній конкретній країні та можуть зазнавати змін внаслідок політичних, економічних та соціальних чинників. В Європейському Союзі (ЄС) правова система та управління великою мірою визначаються загальною структурою ЄС. Відбувається це на рівні

Європейської установи, яка має свої власні органи та процеси прийняття рішень. Основні елементи включають: 1) Європейська Комісія (ЄК): виконавчий орган ЄС, який відповідає за виконання рішень та прийняття ініціатив для нових законів. Кожна країна ЄС має свого члена Комісії, якого визначає його власний уряд. 2) Європейський Парламент (ЄП): законодавчий орган, що обирається громадянами ЄС через прямі вибори. Кількість представників в Парламенті визначається національним населенням, і вони представляють інтереси громадян. 3) Рада Європейського Союзу (Рада Міністрів): орган, де представлені національні уряди країн-членів. Рада разом із Парламентом приймає рішення щодо законодавства та багатьох інших питань. 4) Європейський Суд (ЄСП): розглядає питання тлумачення та застосування законодавства ЄС. 5) Генеральний Суд ЄС: розглядає апеляції від рішень ЄСП і рішення у сфері конкуренції. 6) Європейський Центральний Банк (ЄЦБ): відповідає за грошову політику євризони та спільну валюту євро. Щодо внутрішнього впровадження законодавства ЄС, кожна країна має свою власну систему. Зазвичай це включає прийняття національного законодавства, яке відповідає вимогам та стандартам ЄС. Національні уряди та парламенти відіграють ключову роль у цьому процесі, але вони зобов'язані враховувати та впроваджувати принципи та стандарти ЄС. Податкова система країн Європейського Союзу (ЄС) виявляється різноманітною, оскільки кожна країна має свої власні податкові політики та системи. Однак існують загальні концепції та спільні принципи, які визначаються на рівні ЄС і можуть впливати на національні податкові системи. Проаналізуємо деякі загальні концепції податкової системи медичної галузі в країнах Європейського Союзу: 1) Об'єднана податкова база для корпорацій (ССБ): ЄС розглядає можливість впровадження об'єднаної податкової бази для корпорацій, що спростить оподаткування корпорацій, які ведуть бізнес в кількох країнах ЄС. Це може зменшити адміністративні та фінансові труднощі для міжнародних компаній. 2) ПДВ (податок на додану вартість): більшість країн ЄС мають спільну систему ПДВ, але ставки можуть відрізнятися в кожній країні. ПДВ виступає як основний джерело надходжень до бюджетів країн та ЄС. 3) Акцизи та податок на споживчі товари: кожна країна може мати власні акцизи на певні товари, такі як алкоголь, тютюн, нафтопродукти. Також може існувати податок на споживчі товари, який застосовується до певних видів товарів. 4) Податкові пільги та стимули: країни ЄС можуть використовувати різноманітні податкові стимули для підтримки конкретних галузей або видів діяльності, таких як дослідження та розвиток, енергоефективність тощо. 5) Боротьба з ухиленням від оподаткування та уникненням податків: ЄС активно працює над зміцненням заходів проти ухилення від оподаткування та уникнення податків, зокрема через спільні стандарти звітності та обмін інформацією між країнами. Важливо зауважити, що хоча ЄС визначає загальні принципи, багато рішень стосовно податкової політики залишається у компетенції національних урядів. Кожна країна може встановлювати свої власні ставки податків та правила в межах загальних рамок ЄС. Податкові системи країн Європейського Союзу (ЄС) можуть значно відрізнятися, і кожна країна має свої власні податкові політики та правила. Приведемо загальні риси податкових систем кількох країн ЄС: 1) Німеччина: податок на прибуток підприємств (ППП): Загальна ставка становить близько 15-30%. ПДВ (податок на додану вартість): Стандартна ставка ПДВ - 19%, а деякі товари та послуги можуть бути оподатковані зі зниженою ставкою 7%. 2) Франція: ППП: Загальна ставка приблизно 31%, але для деяких підприємств може бути застосована знижена ставка. ПДВ: Стандартна ставка ПДВ - 20%, а є також знижена ставка 5,5% для деяких товарів та послуг. 3) Іспанія: ППП: Загальна ставка може бути від 15% до 25% в залежності від рівня прибутку. ПДВ: Стандартна ставка ПДВ - 21%, а є також знижена ставка 10% та суперзнижена ставка 4%. 4) Італія: ППП: Загальна ставка приблизно 24%. ПДВ: Стандартна ставка ПДВ - 22%, а є також знижена ставка 10% та нульова ставка для деяких товарів та послуг. 4) Швеція: ППП: Загальна ставка приблизно 21,4%. ПДВ: Стандартна ставка ПДВ - 25%. Важливо відзначити, що це загальні інформації, і конкретні податкові ставки та правила можуть змінюватися в залежності від конкретних обставин та реформ в кожній країні. Рекомендується звертатися до офіційних джерел податкових служб країн ЄС для отримання найактуальнішої інформації. В Україні податкова система включає різноманітні види податків. Наведено кілька основних видів податків та їх характеристики: 1) Податок на прибуток підприємств (ППП): Ставка: Загальна ставка для корпорацій - 18% (зменшена ставка може застосовуватися для окремих видів діяльності). Об'єкт оподаткування: Прибуток, отриманий юридичними особами. 2) Податок на додану вартість (ПДВ): Ставка: Стандартна ставка - 20%, зі зниженою ставкою 7% для деяких товарів та послуг. Об'єкт оподаткування: Реалізація товарів та послуг в Україні, а також імпорт товарів. 3) Податок на доходи фізичних осіб (ПДФО) та військовий збір: Ставки ПДФО: Прогресивна ставка залежно від розміру доходу (максимальна ставка може бути 18%). Військовий

збір: Застосовується додатково до ПДФО в розмірах від 1,5% до 18% залежно від доходу.

4) Акцизний збір: Об'єкт оподаткування: акцизна продукція, така як алкоголь, тютюн, паливо тощо. Ставки визначаються для кожного конкретного виду продукції.

5) Податок на землю: Об'єкт оподаткування: земельні ділянки. Ставки визначаються місцевими органами влади.

Також існують інші податки та обов'язкові платежі. Розуміння податкових систем у сфері охорони здоров'я дозволяє країнам оптимізувати фінансові ресурси та забезпечувати належний рівень фінансування для медичних потреб. Податкова політика може впливати на привабливість країни для інвесторів у сфері медицини та фармацевтики, що може визначити рівень інновацій та розвитку цих галузей. Результати аналізу податкових систем можуть служити основою для розроблення та впровадження реформ у сфері охорони здоров'я та податкового сектору для оптимізації фінансування та підтримки галузі. Таким чином, вивчення податкових аспектів у медичній галузі не лише сприяє розумінню фінансових механізмів, але й має практичне застосування для вдосконалення системи охорони здоров'я та забезпечення якісної медичної допомоги [1].

Список використаних джерел

1. 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.

МАЙБУТНЄ МЕДИЦИНИ: СОЦІАЛЬНЕ ПРОГНОЗУВАННЯ

*Ведмедєв Євген Сергійович
аспірант, Запорізький національний університет*

На будь-якому етапі розвитку країни питання якості медичних послуг та державного впливу на медичну сферу є один з найбільш пріоритетних. Економічний і політичний розвиток держави можливий лише за умов наявності здорового і вмотивованого на розвиток населення. Загалом саме задоволеність потреб людей у якісній, своєчасній та доступній медицині дозволить підвищити якість життя населення, дозволить зосередитись не на виживанні, а на персональному розвитку, і як наслідок - на соціальному та економічному розвитку держави в цілому. Якість медичної допомоги визначається як основна ціль та міра успішності функціонування системи охорони здоров'я. Наша мета – проаналізувати, як саме може розвиватись медична сфера і які соціальні проблеми можуть виникнути у результаті.

Якщо говорити про саме майбутнє медицини в Україні, то насамперед треба сформулювати основні питання і завдання медичної сфери в Україні і визначити найбільш пріоритетні напрями і цілі, які б забезпечили збалансований підхід до розподілу фінансових ресурсів і створення ефективної системи, яка б забезпечувала надання якісних медичних послуг. В умовах обмежених фінансових ресурсів і кадрового голоду, який виник через застарілу систему охорони здоров'я, важливо не витратити ресурси на заздалегідь програшні варіанти. Тому найкращою стратегією буде подивитись на досвід інших країн:

- оцінити передумови розвитку їх медичної сфери,
- визначити, які ставились завдання і цілі,
- виявити сценарії, які використовувались для досягнення цілей,
- дослідити, чи можуть їх сценарії або конкретні кроки бути використані для розвитку медичної сфери в Україні.

Сучасна українська система охорони здоров'я стикається з умовами, які важко назвати сприятливими для розвитку і реформації. В умовах війни більшість медичних закладів спрямували свою роботу на лікуванні та реабілітації військових і працюють з переважаннями. Але політика Міністерства охорони здоров'я України вчасно приймає рішення відповідно до ситуації[2][3]:

- наразі продовжується реформи у медичній сфері, направлені на підвищення якості і доступності медичних послуг.
- на базі існуючих закладів створюються спеціалізовані медичні центри, які спеціалізуються на лікуванні та реабілітації поранених військових.
- іде співпраця з міжнародними організаціями та партнерами для отримання фінансової та технічної підтримки у впровадженні програм, спрямованих на покращення медичного обслуговування військових.

- за участі Міністерства оборони України відбувається закупівля необхідних медичних препаратів і технічних засобів первинної та екстреної допомоги для військових медиків.
- відбувається процес додаткової підготовки військових медиків, вивчення сучасних препаратів і засобів первинної допомоги для стабілізації поранених у бою і транспортування їх до шпиталів.

Втім лишаються і проблеми, які не зв'язані з військовим часом. Багато лікарень та медичних установ перебувають у скрутних фінансових умовах, що впливає на їхню здатність надавати високоякісні послуги. Недостатність ресурсів також відчутна в дефіциті лікарських кадрів та обладнання. Крім того, доступність медичних послуг неоднакова в різних регіонах України. У віддалених селах та містах доступ до кваліфікованих лікарів та сучасних методів лікування досить обмежений. Недостатньо розвинута інфраструктура та обладнання у деяких регіонах створюють труднощі для забезпечення належного рівня медичної допомоги. Проблему корупції та недовіри теж не можна не зазначити, оскільки корупція є серйозною проблемою в системі охорони здоров'я, що може впливати на розподіл ресурсів та якість наданих послуг. Недовіра населення до медичної системи обмежує активність пацієнтів у зверненні за медичною допомогою.

Великий стрибок вперед у розвитку медичної сфери саме у якості та доступності надаваних послуг можуть дати впровадження телемедицини і штучного інтелекту. Телемедицина забезпечує можливість здійснювати консультації та надавати медичну допомогу дистанційно, за допомогою відеозв'язку та інших технологій. В країнах ЄС телемедицина отримала значний поштовх в умовах пандемії та для пацієнтів з віддалених регіонів. Можливість віддалено провести консультацію дозволяє конкретизувати стан пацієнта і розробити план дій по лікуванню або діагностуванню. Звісно, що телемедицина не зможе замінити повноцінний прийом у лікаря, але дозволить не втрачати час у критичній ситуації і економить час у некритичних. Технології штучного інтелекту зараз використовуються у діагностиці для аналізу медичних зображень, допомагаючи в ранній діагностиці захворювань. Згідно з дослідженнями, які проводилися компанією Global Market Insights, у медицині очікується зростання популярності ШІ на 33,7% впродовж наступних десяти років[1]. Введення електронних медичних карток дозволяє лікарям та іншим медичним фахівцям зберігати та обмінюватись інформацією про пацієнтів більш ефективно.

Але разом із збільшенням використання новітніх технологій в медицині виникає багато супутніх питань етичного характеру. Наприклад, питання конфіденційності даних пацієнтів та використання штучного інтелекту для аналізу історій хвороб пацієнтів. Можна навчити штучний інтелект впізнавати хвороби, але симптоми однієї і тієї хвороби будуть відрізнятися у різних людей, тому процесі машинного навчання нейронних мереж штучному інтелекту треба переглянути історії хвороб реальних людей, щоб мати можливість більш точно поставити діагноз. Тому питання конфіденційності стає більш необхідним, оскільки особисті дані людини є приватними і не підлягають розповсюдженню. Ще одне питання, яке виникає - це рівність та доступність медичних послуг. Важливо забезпечити соціальну рівність і справедливість у цьому питанні, враховуючи потреби всіх верств населення. Також введення новітніх технологій має підвищити рівень відповідальності та самоконтролю щодо власного здоров'я. Наприклад, носіння гаджетів моніторингу стану здоров'я у дозволить передбачати можливі негативні ситуації.

З точки зору соціології найголовніше завдання, яке стоїть перед реформами медичної сфери - це заохотити населення більше слідкувати за власним здоров'ям, оскільки найчастіше люди звертаються за допомогою, коли самолікування не допомогло. Дотримання здорового способу життя, регулярні профілактичні заходи та моніторинг власного здоров'я може попередити багато хвороб.

Загалом, подальший розвиток медицини в Україні повинен враховувати найкращі практики і досвід інших країн, забезпечуючи сучасний, ефективний та соціально справедливий підхід до надання медичних послуг. Але додатково треба врахувати можливі проблеми соціального характеру, пов'язані з питаннями соціальної рівності, справедливості і довіри. Зміни завжди будуть супроводжуватись супротивом, але якість медичних послуг та ефективність системи охорони здоров'я є важливими складовими суспільного розвитку. Задоволеність потреб у якісній, своєчасній та доступній медицині має потенціал підвищити якість життя населення, спрямовуючи його увагу на персональний розвиток та сприяючи соціальному та економічному прогресу країни.

Список використаних джерел

1. Artificial Intelligence in Healthcare market - <https://www.gminsights.com/industry-analysis/healthcare-artificial-intelligence-market>
2. Наказ МОЗ України від 16.03.2022 № 495 "Про організацію надання відновного лікування та реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я військовослужбовцям сил оборони" - <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-16032022--495-pro-organizaciju-nadannja-vidnovnogo-likuvannja-ta-reabilitacijnoi-dopomogi-u-sferi-ohoroni-zdorov%e2%80%99ja--vijskovosluzhbovcjam-sil-oboroni>
3. Наказ МОЗ України від 06.09.2022 № 1599 "Про затвердження Положення про військову інтернатуру" - <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-06092022--1599-pro-zatverdzhennja-polozhennja-pro-vijskovu-internaturu>

ПОТЕНЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЧАТ-БОТУ ЗІ ШТУЧНИМ ІНТЕЛЕКТОМ CHATGPT ПРИ ВИКЛАДАННІ КЛІНІЧНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

*Візір Вадим Анатолійович,
д.мед.н., професор, кафедра внутрішніх хвороб 2,
Деміденко Олександр Вікторович,
к.мед.н., доцент, завідувач кафедри внутрішніх хвороб 2, доцент,
Садомов Антон Сергійович,
к.мед.н., доцент, кафедра внутрішніх хвороб 2,
Приходько Ігор Борисович,
к.мед.н., доцент, кафедра внутрішніх хвороб 2,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Останнім часом чат-боту зі штучним інтелектом ChatGPT все частіше використовується викладачами та студентами для підготовки навчальних матеріалів та виконання завдань [1, с. 95, 2]. Це зробило процес навчання більш доступним і індивідуалізованим. Загалом, моделі зі штучним інтелектом мають потенціал відігравати важливу роль у медичній освіті, надаючи персоналізований досвід навчання, генеруючи реалістичні сценарії випадків пацієнтів та підсумовуючи медичні дослідження. Однак, важливо зазначити, що ці моделі не замінюють практичного клінічного досвіду. Нижче розглянуто можливості застосування чат-боту зі штучним інтелектом ChatGPT-3 при викладанні внутрішньої медицини студентам 5 курсу.

В переважній більшості випадків нейромережа ChatGPT надавала правильні відповіді на різні види тестових завдань: з одним правильним варіантом відповіді; з декількома варіантами; з наявністю альтернативних відповідей; на встановлення відповідності, на встановлення правильної послідовності тощо. Штучний інтелект виявився здатним надавати розгорнуті, швидкі, в переважній кількості випадків правильні відповіді на ситуаційні завдання, створені в форматі «Крок-2», що фокусуються на клінічних навичках, діагностиці та лікуванні різних захворювань внутрішніх органів. Інструмент ChatGPT може бути корисним при створенні тестових завдань для студентів (в переважній більшості нескладних, з очевидними правильними відповідями). Також він може допомогти з генерацією питань, створенням ситуаційних задач, наданням пояснень тощо.

Однак, нейромережа не завжди володіє сучасним контекстом, оскільки заснована на масивах інформації, здобутої до 2021 року, тому відповіді на деякі питання можуть не відповідати положенням міжнародних та національних керівництв, що були імплементовані в медичну практику пізніше цього терміну. Необхідно також відзначити, що найбільш коректні відповіді на запитання ChatGPT-3 надає при їх формулюванні англійською мовою.

Отже, орієнтовний перелік можливостей ChatGPT, які можуть бути використані для створення завдань та навчальних взаємодій зі студентами виглядає наступним чином:

- запитання та відповіді: можливо задавати питання по конкретній темі заняття, а потім використовувати ChatGPT для перевірки студентом своїх відповідей;
- перевірка розуміння: створення завдань, в яких студентам потрібно буде продемонструвати своє розуміння певних понять або процесів. ChatGPT може генерувати питання, які перевіряють студентів на знання та розуміння матеріалу.

- пояснення теоретичних концепцій: ChatGPT може пояснити складні теоретичні концепції або надати додаткові деталі стосовно певної теми;
- ситуаційні задачі: існує можливість генерувати сценарії та випадки, які стимулюють студентів до критичного мислення та аналізу;
- опис клінічної ситуації: можливо надати модель клінічного випадку, де студентам потрібно буде застосувати свої знання для аналізу, діагностики або прийняття рішення щодо лікування. ChatGPT може допомогти виокремити ключові аспекти ситуації та створити цікаві запитання для розгляду.
- випадкові сценарії: можливо згенерувати випадкові сценарії або випадки, що впливають з різних медичних областей. Це може сприяти розвитку творчого мислення студентів і вимагати від них застосування знань з різних галузей медицини.
- послідовність дій: можна створити послідовність дій для студентів у відповідь на певну медичну ситуацію. Це може включати в себе виявлення симптомів, діагностику, лікування та подальший моніторинг пацієнта.

Отже, використання штучного інтелекту ChatGPT в навчальному процесі при викладанні внутрішньої медицини студентам 5 курсу може бути ефективним додатковим інструментом, обов'язково доповненим перевіркою викладачем та іншими засобами оцінювання, оскільки модель може мати обмеження або іноді може неправильно розуміти поставлене запитання, а відтак, потребувати додаткового корегування.

Список використаних джерел

1. Рижов О.А. Chat-GPT – зміна парадигми системи медичної освіти / О.А. Рижов, Н.А. Іванькова // Медичні та біологічні науки: міждисциплінарний аспект: матеріали Міжнародної міждисциплінарної науково-практичної internet-конференції до Всесвітнього дня анатомії (17 жовтня 2023 р., м. Харків) / за заг. ред. Д. М. Шияна; Приватний вищий навчальний заклад "Харківський міжнародний медичний університет". – Харків: СГ НТМ "Новий курс", 2023. – С. 95-97.
2. Nguyen T. ChatGPT in Medical Education: A Precursor for Automation Bias? / JMIR Med Educ 2024;10:e50174. URL: <https://mededu.jmir.org/2024/1/e50174>. DOI: 10.2196/50174

ГЛОБАЛЬНА ЦИФРОВА ТРАНСФОРМАЦІЯ МЕДИЦИНИ ЯК ГОЛОВНА ТЕНДЕНЦІЯ РОЗВИТКУ ЦИФРОВОГО МІСТА

*Грамчук Марина Олександрівна,
здобувач вищої освіти ступеня PhD доктора філософії спеціальності 073 «Менеджмент»
Інженерного навчально-наукового інституту ім. Ю. М. Потєбні
Запорізького національного університету*

В останні роки на тлі безперервного розвитку цифрової економіки цифрові технології, представлені 5G, хмарними обчисленнями, великими даними, телемедициною та штучним інтелектом, швидко розвиваються та глибоко інтегруються з різними сценаріями застосування, поступово стаючи рушійною силою економічних інновацій та розвитку. Медична допомога є одним зі сценаріїв, найбільш тісно пов'язаних із соціальною економікою та життям людей. У цифровому суспільстві глобальна цифрова трансформація медицини стала основною тенденцією, і різні країни послідовно запровадили відповідну політику для прискорення розвитку індустрії цифрової медицини. Наприклад, Китай опублікував «Думки щодо сприяння розвитку Інтернету + медицини та охорони здоров'я» у 2020 році та «14-й п'ятирічний план розвитку цифрової економіки» у 2022 році; Японія випустила "Розвиток індустрії цифрових медичних послуг та послуг охорони здоров'я"; ЄС запустив «План простору медичних даних» у 2022 році; Франція запустила «Французький план інновацій у галузі охорони здоров'я на 2030 рік» у 2021 році. Глобальна індустрія цифрової медицини швидко розвивається під впливом таких факторів, як національна політика, ринковий попит, цифрові технології та стійкість до епідемії. За даними Grand View Research, обсяг світового ринку цифрової охорони здоров'я у 2022 році становитиме 211 мільярдів доларів США і збільшиться до 809,2 мільярдів доларів США за сукупного річного темпу зростання 18,6% у період з 2023 по 2030 рік. З технічної точки зору цифрова охорона здоров'я переважно включає чотири основні сегменти ринку: телемедицину (Телемедицина), мобільну охорону здоров'я

(mHealth), медичні послуги та цифрові системи охорони здоров'я. Серед них телемедицина є найбільшим сегментом ринку індустрії цифрового охорони здоров'я. Відповідно до «Глобальної синьої книги економічного розвитку цифрової медичної промисловості на 2023–2027 роки», випущеної Науково-дослідним інститутом промисловості Цяньчжань, розвиток інноваційних технологій, таких як великі дані та штучний інтелект, прискорив розвиток цифрової медичної індустрії та просування більш персоналізованих медичних послуг. Глобальні цифрові медичні дані прискорюються з метою досягнення відповідності, обміну та відкритості.

У майбутньому глобальні цифрові медичні дані прискорять обмін даними та зроблять їх більш відкритими. Попит на телемедичні послуги зростає через зростаючу потребу в точному моніторингу здоров'я та фізичної форми, безпечному зберіганні медичної інформації та управлінні населенням у режимі реального часу. Водночас модернізація апаратних та програмних компонентів телемедицини сприятиме подальшому зростанню ринку у цифровому місті. В останні роки уряди Китаю, Японії, Індії та інших країн Азіатсько-Тихоокеанського регіону послідовно запустили національні стратегічні плани, пов'язані із цифровою охороною здоров'я. Очікується, що це прискорить зростання індустрії цифрової охорони здоров'я в Азіатсько-Тихоокеанському регіоні. Нині цифрові технології продовжують проникати у сферу медицини, стимулюючи її масштабне зростання. З технічної точки зору цифрова медицина, завдяки своїм технічним перевагам, може допомогти вирішити інформаційну асиметрію між лікарями та пацієнтами, спростити медичний процес, скоротити медичні витрати, покращити медичний досвід та підвищити ефективність діагностики захворювань та ведення пацієнтів.

Загалом цифрова охорона здоров'я у Китаї все ще перебуває на ранніх стадіях розвитку. Результати оцінки показують, що система «лікарня + Інтернет» стикається з проблемами, пов'язаними з тим, як вивести бізнес-модель в онлайн та покращити якість обслуговування пацієнтів на платформі. Загальна низька зрілість інтернет-лікарень призвела до того, що поточний рівень проникнення профільних видів діяльності (лікування хронічних захворювань, віддалені амбулаторії, контрактні послуги сімейних лікарів «Інтернет+» тощо) становить навіть менше ніж 60%. У «Синій книзі» показано, що за підтримки нових технологій, таких як хмарні обчислення, штучний інтелект та Інтернет речей, медичні послуги, включаючи діагностику та лікування, виписку медичних рецептів, обстеження, медичного страхування поступово зазнають цифрової трансформації. Тенденція оновлення цифрових технологій у медичній галузі в основному відображається у чотирьох аспектах: медична IT-інфраструктура, системи медичного програмного забезпечення, системи управління медичними даними та медичний штучний інтелект. В умовах безперервного розвитку цифрових медичних технологій важливість медичного програмного забезпечення продовжує зростати, а його проникнення в медичну сферу прискорюється. Створення лікарняної інтернет-системи є важливою основою для розвитку цифрової розумної медицини у Китаї. Відмінності в регіональному впливі інтернет-лікарень все ще існують, але загалом регіональний розвиток має тенденцію бути збалансованим. Згідно даних CBINSIGHTS, Qichamao та IT Juzi, Пекін, Гуанчжоу, Шеньчжень, Шанхай, Ханчжоу та Ченду є шістьма містами з провідним розташуванням цифрових медичних центрів першого рівня у Китаї. Пекін лідирує за кількістю цифрових медичних компаній, що перевищують встановлений розмір, так і за оцінкою репрезентативних компаній. Цифрова охорона здоров'я буде розширюватися по горизонталі в області з високою доданою вартістю, включаючи онлайн-платформи для наукових досліджень та цифрова терапія, що створить повноцінну операційну модель для медичного обладнання та новий орієнтир для цифрової охорони здоров'я.

Цифрова медицина у контексті цифрового міста включає в себе використання технологій та інновацій для поліпшення медичної допомоги та управління охороною здоров'я в міському середовищі. Вона включає збереження та обмін медичною інформацією в електронному форматі для поліпшення доступності даних для медичних працівників у реальному часі. Здійснення консультацій, діагностики та лікування віддалено за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій, що може знизити необхідність фізичного візиту до лікарні. Розробка додатків дозволяє користувачам вести облік свого здоров'я, взаємодіяти з медичними працівниками та отримувати персоналізовані поради. Використання різноманітних сенсорів і пристроїв сприяє вимірюванню показників здоров'я та надання реального часу інформації медичним працівникам. Застосування аналітичних інструментів для обробки та аналізу великих обсягів даних сприяє прогнозуванню епідемій, управління ресурсами та вдосконалення стратегій здоров'я населення. Застосування підключених медичних пристроїв сприяє відстеженню стану пацієнтів та оптимізації лікування. Ці технології можуть покращити ефективність, доступність та рівень обслуговування в системі

охорони здоров'я міста, сприяючи розвитку більш сучасної та інтегрованої медичної інфраструктури. В даний час медична допомога повністю інтегрована з роботами, що призводить до серйозних змін у хірургічних технологіях. Глобальна нестача медичного персоналу та зростання попиту на автоматизоване обладнання у сфері медичних послуг призвели до швидкого розширення ринку медичних роботів. За даними Next Move, обсяг світового ринку медичних роботів у 2021 році становитиме 10,88 мільярдів доларів США, а у 2022 році, за початковими оцінками, він досяг 12,5 мільярдів доларів США. В останні роки, завдяки національній політиці та технологічному рівню, вітчизняні медичні роботи в Китаї прискорили свій розвиток і продовжують досягати проривів у дослідженнях, розробках та клінічних застосуваннях. Поточна мета вітчизняної промисловості медичних роботів — «внутрішнє заміщення». У майбутньому, завдяки політиці та капіталу, ринок медичних роботів у Китаї швидко зростатиме, а внутрішнє заміщення прискориться. Завдяки технологічному прогресу та зниженню витрат технології VR, AR та MR дедалі частіше використовуються у медичній візуалізації, хірургії, клінічному лікуванні, телемедицині, дослідженнях та розробках ліків, реабілітаційній допомозі, медичній освіті та інших галузях для подальшого підвищення точності та безпеки медичного лікування та ефективності. Хоча нинішнє застосування технології віртуальної візуалізації у медичній сфері тільки розпочалося, очікується, що медичне лікування VR/AR/MR стане важливим технічним засобом підтримки точної медицини у найближчому майбутньому, що призведе до революційних змін у сфері медичних послуг. Таким чином, глобальна цифрова трансформація медицини як головна тенденція розвитку цифрового міста засвідчила переваги цифрової трансформації у медицині, зокрема швидше діагностування за допомогою аналізу великої кількості даних, покращення систем електронної медичної документації та впровадження технологій зв'язку для віддалених консультацій. Проте породила й виклики та ризики, пов'язані з цифровою трансформацією медицини, такі як захист конфіденційності пацієнтів та необхідність стандартизації медичних технологій [1].

Список використаних джерел

1. Андрукайтене Регіна, Воронкова Валентина, Нікітенко Віталіна, & Олексенко Роман. Цифрові технології медицини у Китаї. 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. С.189-190.

ДЕРЖАВА ТА МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

*Додонов Данило Романович, к.політ.н.,
асистент кафедри менеджменту охорони здоров'я ІПО
НМУ імені О.О. Богомольця*

Рівень здоров'я суспільства складається з різноманітних показників здоров'я його членів. Серед таких показників значуще місце посідає ментальне (психічне) здоров'я громадян. Інформаційний простір постійно випробовує нас на міцність, а події сьогодення наочно демонструють українському соціуму надважливість психічної стійкості та врівноваженості його членів.

Протягом історії людства найрізноманітніші суспільства мали одну спільну мету – самозбереження. Вжити окремим особам набагато легше, будучи членами певної групи. Такі групи мали різні бази самоідентифікації – національність, релігія, політичні погляди, територіальна приналежність тощо.

У сучасному світі через гуманізацію та лібералізацію взаємовідносини набувають більш безпечного формату. Так, в одному просторі можна побачити осіб різних етносів і конфесій, які абсолютно природньо співіснують, не намагаючись відкрито домінувати над «іншими». Можна зазначити, що людство досягло найвищого відомого рівня усвідомленості за свою історію.

Однак, існування такого формату взаємодії потребує зусиль для його підтримання. І багато що залежить не тільки від самого індивіда, а і від оточуючих його соціальних інституцій. Відтак, набирають обертів різноманітні державні та меценатські програми з підтримки психічного здоров'я громадян, що направлені на покращення міжнародного індексу щастя населення. Їхня реалізація відбувається через просвітницьку діяльність та терапевтичні заходи, проте шириться і медикаментозна форма підтримки – за допомогою антидепресантів. Саме за такими форматами стабілізації ментального здоров'я населення майбутнє медицини. Упередження неврологічних захворювань – шлях до здорового суспільства.

Наразі найзмістовніше загрозу в цьому напрямку описує термін «колективна травма». Цей феномен розглядається, як психічна травма, що отримала група людей будь-якого обсягу – аж до цілого суспільства, внаслідок соціальної, техногенної чи екологічної катастрофи або злочинних дій політичних, інших соціальних суб'єктів. Причинами колективних травм є: війна; геноцид у різних його проявах; техногенні та гуманітарні катастрофи; стихійні лиха; соціальні революції, державні та військові перевороти; депортація та примусова міграція (наприклад, за етнічною чи релігійною ознакою); обмеження свободи великих груп людей (концтабори, рабство); політичні, релігійні й інші репресії; терористичні акти, що спричинили суспільний резонанс; убивство або трагічна загибель суспільних лідерів чи кумирів. Колективна травма не обмежена в просторі, розтягнута в часі й охоплює як прямих, так і непрямих учасників подій травматизації, але об'єднаних єдиною територією, культурою, ментальністю та міжінституціональними взаємодіями. Низка досліджень колективної травми свідчить про її велике значення не лише для покоління, яке пережило цю травму, але і для нащадків [2]. Водночас, варто зауважити, що «колективна травма – не є клінічним аналізом. Це радше опис соціальних явищ, які спостерігаються в суспільствах після подій, що були загрозливими одночасно для великої групи людей» [1].

Подолання наслідків колективних травм, підтримання та відновлення ментального здоров'я є безпосередніми задачами медичного сектору держави. Саме на цьому людство буде фокусуватися найближчим часом, адже події сьогодення вказують на суттєву інтенсифікацію соціальних перетворень, що призводитиме до подальшого накопичення шкідливих для ментального здоров'я факторів.

Список використаних джерел

1. Колективна травма. Розмови з психологами. URL: <https://svidomi.in.ua/page/kolektyvna-travma-rozmovy-z-psykholohamy>;
2. Чабан О.С., Хаустова О.О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? URL: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-232297-mediko-psihologichni-naslidki-distresu-vijni-v-ukrayini-shho-mi-ochikuyemo-ta-shho-potribno-vrahovuvati-pri-nadanni-medichnoyi-dopomogi>.

НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ І ПИТАННЯ БЕЗПЕКИ ЛЮДИНИ

*Козловець Микола Адамович
доктор філософських наук, професор,
професор кафедри філософії та політології
Житомирського державного університету імені Івана Франка*

XXI століття – століття інформації, науки і новітніх технологій. Тенденція на пріоритетність і домінування технологічного виміру людського буття дедалі більше поглиблюється і розширюється. Стрімкий розвиток та широке використання інформаційно-комунікативних технологій, без сумніву, розв'язало багато нагальних проблем. Комп'ютерна революція, новітні технології перетворюють суспільство, формують стан суспільного духу, визначають механізм ухвалення рішень і спосіб життя, поведінкові реакції й мотиви діяльності, систему переваг, які асоціюються з організацією праці, взаємодією людини і машини. Разом з тим, небувалий в історії злет науково-технологічної думки, застосування новітніх технологій призвело й до виникнення низки проблем інформаційно-етичного характеру [1, с. 281–289].

Вражаюча швидкість розвитку цифрових технологій задає тренд на можливе все більше злиття людини з дедалі потужнішими інтелектуальними машинами. Наприклад, мобільність і співмірність, відповідність до людського мозку й органів почуттів робить цифрові мобільні пристрої якби продовженням людини, що, з одного боку, багаторазово підсилює її специфічно людські якості й здібності, а з другого, – звільняє людський мозок від його звичних функцій із не цілком передбачуваними наслідками, насамперед зі здатністю до накопичення, аналізу та передачі інформації. Швидкість, з якою це відбувається, спонукає припустити, що ми є свідками чергового революціонізуючого процесу, результатом якого може стати симбіоз людини й інтелектуальної машини, що супроводжується глибокими трансформаціями соціуму, а можливо, й особистості [2, с. 412–417].

Поява нейронних мереж, здатних здійснювати швидко обробку величезних обсягів інформації та давати більш-менш обґрунтовані та змістовні відповіді під час «спілкування» з людиною, і, зокрема, відкриття публічного доступу до ChatGPT змушує замислитися над місцем людини у світі штучного інтелекту (ШІ), який нібито здатний генерувати знання і таким чином чи не перевершувати своїх творців у деяких формах традиційної людської праці [3].

З'являються нові потреби, задоволення яких робить людину залежною від штучного інтелекту. Найпростіший випадок: можна не знати таблицю множення, але стати залежним від наявності калькулятора, його справності й уміння ним користуватися. Виникає функціональна неграмотність. Лійн стає виправдоною ще в одній сфері людської діяльності. Вона заощаджує життєві ресурси і, в кінцевому підсумку, зберігає життя. Але, згідно із законами діалектики, протилежність, доведена до крайності, переходить у свою протилежність. Поступово виникає нова структура суспільства. Воно в недалекій перспективі поділиться на відносно невелику групу творців-управителів, здатних керувати штучним інтелектом і визначати свою долю, і масу лінівців, утриманців, хворих, безвідповідальних людей, здатних лише обирати з того, що їм запропонують [4, с. 87–90].

З розширенням спектру послуг через Інтернет формується незвичайна сфера буття людини – «віртуальна реальність», яка ґрунтується на технологічному існуванні об'єднуючого «всіх і вся» «віртуального простору», доступному кожному члену інформаційного суспільства. Людина перебуває в синтетичній реальності, яка складається із двох взаємопов'язаних частин – традиційної, некомп'ютерної, і віртуальної, комп'ютерно-мережевої.

Технічні засоби виховання й навчання, радіо і телебачення, відео- й аудіоапаратура, персональні комп'ютери, Інтернет створюють особливий простір життя, який по суті вводить людину у режим віртуальної реальності. Позбавлене природності живого, неповторного трепету одушевленості, цей комп'ютеризований простір породжує й формує механічну людину, яка функціонує за законами механіки. Прогнозується поява особливого типу людини, в діяльності якої основне місце посяде взаємодія з апаратними засобами у гранично насиченому інформаційному середовищі.

Специфіка цього інобуття виявляється в тому, що свідомо створене людиною, воно переростає у самодостатню, суверенну силу, яка виходить із під контроль й управління творцем. Як частина великої комп'ютерної системи, він виявляється здатним відкликатися і діяти тільки відповідно до закладеної програми. Реальне життя немов би позбавляється живого начала і уподібнюється зміні комп'ютерних картинок, в яких немає місця любові, співчуттю, співпереживанням.

Власне, цього не заперечують навіть «архітектори» масштабної цифровізації, акцентуючи на низці ризиків як для людини, так і для суспільства загалом.

По-перше, вони наголошують на поступовому істотному зростанні безробіття, вимиранні рутинних професій та інфраструктурних сервісів, витісненні людини зі сфери виробництва у сферу торгівлі та обслуговування.

По-друге, матиме місце нерівний доступ до благ цифровізації, насамперед до біомедичних технологій.

По-третє, частина людства виявиться позбавленою державної допомоги внаслідок повного демонтажу «соціальної» держави.

По-четверте, виникатиме соціальне відчуження, яке буде провокувати десоціалізацію індивіда, коли людина не зможе швидко пристосуватися до цифрових змін [5; 6].

Комп'ютерна техніка в поєднанні з інформаційними технологіями сприяє розвитку й утилітарного сприйняття духовних цінностей. Інтенсивна робота з комп'ютерами робить людей «техноцентричними», які втрачають інтерес до чисто людських цінностей. Така сконцентрованість на вирішенні технологічних завдань зумовлює явну однобічність в мисленні й світосприйнятті, відбувається своєрідна роботизація свідомості, за якої на зміну раціоналістичній людині індустріального суспільства приходять гіперраціоналістичний тип. За теормінологією Е. Тоффлера, це «когнітаріат», якому призначена роль структурного детермінанта майбутнього, створення нового соціуму у вигляді суспільства-машини, заснованого на «розумних принципах».

Йдеться про іншу якість людського існування, коли людське може злитися зі штучним, що здається фантазією. Подальший розвиток призведе до заміщення людей, як творців програм, штучним інтелектом. Останній буде визначати, в якому напрямі мають розвиватися суспільство загалом й індивіди зокрема. Але повного підпорядкування може й не статися. На якомусь етапі неминучою буде боротьба людей зі штучним інтелектом. Будь-які знаряддя підпорядковують людину собі, спрямовують її розвиток у певному напрямі. Однак і людина пристосовує знаряддя для своїх потреб, особливостей власного тіла, свого мислення. Поки що суб'єктом діяльності є людина [6].

Слід визнати, що штучний інтелект далеко не завжди служить засобом для досягнення розумних цілей. Наприклад, застосування технологій ШІ у військовій сфері може призвести до катастрофічних наслідків планетарного масштабу. У ЗМІ, Інтернеті з'явилися повідомлення про реальні зазіхання штучного інтелекту на життя людини. Так, під час симуляції перевірялася здатність програмного забезпечення безпілота розпізнавати цілі та знищувати їх після такого рішення людини-оператора. Однак, система зрозуміла, що хоча вона ідентифікувала загрозу, іноді людина-оператор може наказати їй не вбивати. І пристрій тоді вбиває свого керівника, оскільки людина заважала БПЛА досягти своєї мети – набрати очки. Керівник відділу випробувань застеріє, що оборонцям не потрібно занадто сильно покладатися на штучний інтелект, а експеримент засвідчує, що «людина не зможе вести розмову про штучний інтелект, надрозум, машинне навчання та автономію, якщо вона не збирається говорити про етику і штучного інтелекту» [7].

Деякі експерти висловлюються в тому сенсі, що розвиток технологій штучного інтелекту містить у собі потенційну загрозу для людства, аж до можливості його знищення, не говорячи вже про страйки спеціалістів різного профілю, які побоюються зростання безробіття як наслідку поширення зазначених технологій. Прогнозується й вихід штучного інтелекту з-під контролю. Втім філософський і соціально-гуманітарний аналіз феномена штучного інтелекту демонструє менш песимістичну картину, за якої будь-які технології у принципі аж ніяк не здатні певною мірою «замінити» собою людину [4, с. 105–107].

Ймовірно, в найближчому майбутньому «бунт» роботів людству не загрожує, оскільки роботоконструкції не настільки досконалі, щоб могли самостійно планувати й виконувати покладені на них функції. Машинобудування поки що розвивається значною мірою автономно від high-tech, симбіозу між ними ще немає. Та й рівень програмного забезпечення не є ще настільки досконалим, аби ШІ міг сам ставити завдання та їх виконувати.

Комп'ютерна революція, непродумане застосування новітніх технологій призвели й до виникнення низки незвичних проблем етичного характеру: втручання за допомогою комп'ютера в особисте життя індивідів, комп'ютерна злочинність, проблем професійної етики і юриспруденції (інтелектуальна власність, авторські права, ліцензування, акредитація, узгодження законодавчих норм окремих держав з нормами міжнародного права тощо). Сюди відносяться і питання відповідальності за допущені розробниками інформаційно-комп'ютерних технологій помилки, а також зміни структури і форм ціннісних характеристик професійних етичних кодексів (етика лікаря, етика педагога та ін.). Виникають й глобальні проблеми комп'ютерної етики у зв'язку з відсутністю чіткості у питаннях про етичні обмеження використання інформаційних технологій, моделей поведінки в умовах, коли комп'ютери надають суспільству й особистості нові можливості у виборі дій. Комп'ютерна етика покликана формулювати правила етичного використання технологій як у соціальному, так і в особистісному контексті [8].

Поширеною є практика інформаційних систем, які дозволяють здійснювати прямий чи прихований контроль над людиною. Так, Г. Ленк, розглядаючи проблему моральної відповідальності в умовах широкого використання інформаційних технологій, зазначає, що передання інформаційній системі дедалі більшого числа функцій управління і контролю у всіх сферах діяльності, зокрема й оборони, посилює небезпеку втрати людиною моральної, правової і просто функціональної відповідальності. Моральна відповідальність – персональна чи спільна – не може бути делегована запрограмованим системам як нормативний припис, оскільки комп'ютер ніколи не стане юридичною особою, носієм морально-практичного розуму. У цьому зв'язку питання про «комп'ютерні помилки» породжують особливу етичну й правову проблему [9].

Причому фантастичні можливості виникають не тільки для індивідуального творчого розвитку і самореалізації людини, а й для вдосконалення комп'ютерних злочинів, маніпуляції індивідуальною і суспільною свідомістю, для нових досконаліших форм «узурпації» особистості, в тому числі й в антигуманних цілях. Такі дії формують морально-психологічну атмосферу в суспільстві, живлять кримінальне середовище і сприяють зростанню числа психічних захворювань. Сектантське проповідництво, поширення містичних й езотеричних вчень по Інтернету набули загрозливого характеру. Як наслідок – соціальна й особистісна дезадаптація, а в низці випадків руйнування психіки людини. Так, у більшості країн ЄС законодавчо закріплені заборони на інформацію, зміст якої ущемлює людську гідність, суперечить традиціям чи є непристойною [10, р. 40].

Оскільки етика має справу з соціальними проблемами, пов'язаними з кіберпростором і суспільством всієї світової комп'ютерної мережі (networked society), то в межах кодексу етики слід визначити як права, так й обов'язки, відповідальність користувачів Інтернету [11, р. 199]. Наприклад,

кодекс честі власників, володарів і користувачів відкритих інформаційних систем (в тому числі й інтернет-спільноти), як клятва Гіпократата у лікарів. Перші спроби формування подібного об'єднання однодумців, щоправда, пока лише в межах певної інформаційної території уже існують: Кодекс поведінки в Інтернет (Канада), Хартія Інтернет (Франція). До існуючих загальних приписів у цій області відносять такі основні принципи: свобода думки, захист приватної сфери та людської гідності. Зазначені принципи закріплені і в праві ЄС.

З метою запобігання зазначеним та іншим викликам у стратегії розвитку «Суспільства 5.0» союз технологічного й гуманістичного, машинного та людського має стати гармонією суспільства, а гуманістика, так би мовити, «охоронною грамотою» майбутнього людини. Лише синергія цифрових компетентностей, гуманістичного й технологічного векторів, їх баланс може бути гарантом запобігання майбутнім шоківим змінам.

Попри захоплення інформатизацією й технологізацією слід усвідомити, що екзистенційні, смислоттєві проблеми людського буття не можуть бути розв'язанні накопиченням багатства, економічним зростанням і посиленням технологічної могутності людини. Без радикального перелому у філософії життєустрою, смислоттєвих орієнтирах буття людей усі дії з викорінювання насильства, агресії, тероризму, війн неминуче приречені на неуспіх. Тому головним завданням ХХІ ст. має стати філософське просвітництво людства.

Список використаних джерел

1. Rodiger K.-H. Informatik und Verantwortung // Informatik Spektrum. В. Etc., 1998. Bd 12, Н.5. Р. 281–289.
2. Шваб К. Четверта промислова революція, Формуючи четверту промислову революцію. Харків : Клуб сімейного дозвілля, 2019. 426 с.
3. Дзьобань О. Цифрова людина як філософська проблема. *Інформація і право*. 2021. № 2 (37). С. 9–19.
4. Філософія науки, техніки і архітектури в гуманістичному вимірі. *Матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Київ, 12–13 листопада 2021 року). Частина I / відп. за випуск І. В. Чорноморденко. Київ: КНУБА, 2021. 223 с.
5. Воронкова В. Г., Нікітенко В. О. Філософія цифрової людини і цифрового суспільства: теорія і практика: монографія. Львів: Торунь : Liha-Pres, 2022. 460 с.
6. Бостром Нік. Суперінтелект. Стратегії і безпеки розвитку розумних машин /пер. з англ. Антон Ящук, Антоніна Ящук. Київ: Наш формат, 2020. 408 с.
7. Дрон, керований штучним інтелектом, вбив оператора під час випробувань. <https://noworries.news/dron-kerovanyj-shtuchnym-intelektom-vbyv-operatjra-pid/chas-vyprobuvan/>
8. Spinello R. A. Ethical aspects of information technology. Englemond Cliffs (N.J.), 1995. XI, 226 p.
9. Lenk H. Konnen Snformationssysteme moralisch verant – wortlich sein? // Informatik - Spektrum. В. Etc., 1998. Bd 12, Н. 5. 254 p.
10. Johnson D. G. Computer ethics. Englewood Cliffs (N.J.), 1985. XI, P.40.
11. The electronic grapevine: Rumar, reputation a, reporting in the new on-line environment. Mahwah (N. J.), 1998. VI. P. 199.

ВПЛИВ МЕДИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ НА ЦИФРОВІЗАЦІЮ МЕДИЦИНИ У КОНТЕКСТІ ГЛОБАЛЬНИХ ВИКЛИКІВ

*Коломоєць Ірина Василівна,
здобувач вищої освіти ступеня PhD доктора філософії
спеціальності 073 «Менеджмент»
Інженерного навчально-наукового інституту ім. Ю. М. Потебні
Запорізького національного університету*

Анотація. Дослідницька робота розглядає вплив медичних організацій на цифровізацію медицини в глобальному контексті, особливий акцент робиться на вирішення глобальних викликів у сфері охорони здоров'я. Дослідження обґрунтовує важливість переходу до цифрових технологій у медичному секторі та розглядає роль медичних організацій у цьому процесі. Дослідження розглядає, як ці технології можуть допомогти в управлінні пандеміями, поліпшенні якості надання медичних послуг та забезпеченні доступності медичного обслуговування в умовах глобальних викликів.

Abstract. The research examines the influence of medical organizations on the digitalization of medicine in a global context, with a special emphasis on solving global challenges in the field of health care. The study makes the case for the importance of digital transformation in the healthcare sector and examines the role of healthcare organizations in this process. The study examines how these technologies can help manage pandemics, improve the quality of health care delivery, and ensure the availability of health care in the face of global challenges.

Медичні організації відіграють ключову роль у забезпеченні надання медичних послуг, організації медичної допомоги, досліджень та розвитку нових методів лікування. Вони можуть бути різного типу, включаючи лікарні, клініки, лабораторії, страхові компанії, дослідницькі центри, які забезпечують амбулаторне та стаціонарне лікування, діагностику та обстеження пацієнтів. ІТ-компанії для медицини розробляють та утримують електронні медичні записи, медичні інформаційні системи та інші технології. Загальною метою медичних організацій є забезпечення населення якісною та доступною медичною допомогою, підвищення рівня здоров'я та розробка нових методів лікування та діагностики хвороб. Їхні функції та роль можуть різнитися в залежності від конкретного типу організації та контексту. Медичні організації відіграють ключову роль у забезпеченні надання якісної та доступної медичної допомоги. Цифровізація медицини включає в себе використання інформаційних технологій для покращення процесів надання медичних послуг, збільшення ефективності та полегшення доступу до медичної інформації. 1) Медичні організації грають важливу роль у впровадженні систем електронних медичних записів. Це дозволяє зберігати, обробляти та обмінюватися інформацією про пацієнтів в електронному форматі, полегшуючи доступ до медичної інформації та зменшуючи ризик помилок. 2) Медичні організації можуть впроваджувати телемедичні послуги, що дозволяє здійснювати консультації та надавати медичну допомогу віддалено за допомогою технологій зв'язку. Це особливо актуально в умовах обмежень, наприклад, пандемії. 3) За допомогою цифрових технологій, медичні організації можуть аналізувати великі обсяги даних про здоров'я пацієнтів. Це допомагає у виявленні тенденцій, розробці персоналізованих планів лікування та покращенні результатів. 4) Впровадження IoT в медичній сфері дозволяє збирати дані з медичних приладів та сенсорів. Медичні організації можуть використовувати ці дані для моніторингу стану пацієнтів, прогнозування загроз здоров'ю та управління хворобами. 5) Оскільки цифрові технології збільшують обсяг електронної медичної інформації, медичні організації мають велике завдання щодо забезпечення кібербезпеки. Заходи безпеки допомагають у запобіганні несанкціонованому доступу та збереженні конфіденційності даних пацієнтів. 6) Медичні організації відіграють важливу роль у навчанні медичного персоналу використанню цифрових технологій. Підготовлений персонал сприяє ефективному впровадженню цифрових інновацій. У цілому, медичні організації мають величезний вплив на цифровізацію медицини, поліпшуючи доступність та якість медичних послуг, сприяючи ефективному управлінню даними та допомагаючи вдосконалювати методи діагностики та лікування за допомогою сучасних технологій.

Питання про функції та роль медичних організацій у цифровізації медицини базується на ряді ключових концепцій та ідей, які визначають взаємодію сучасної медицини з інформаційними технологіями. Визначимо загальні концепції, які вносять важливий внесок у це питання: 1) Концепція переходу від паперових до електронних медичних записів для полегшення обміну інформацією та підвищення доступності - Dr. Donald Berwick, Dr. David Blumenthal. 2) Концепція телемедицини та дистанційного надання послуг, використання технологій для надання медичних послуг віддалено - Dr. Joseph Kvedar, Dr. Rashid L. Bashshur. 3) Концепція аналітики та використання даних у медицині, застосування аналітичних методів до медичних даних для покращення діагностики та лікування - Dr. Eric Topol, Dr. Atul Gawande. 4) Концепція Інтернету речей (IoT) та здоров'я, використання підключених пристроїв для моніторингу та збору даних про стан здоров'я - Dr. John Halamka, Dr. Michael Snyder. 5) Концепція кібербезпеки та конфіденційності даних, захисту електронної медичної інформації від несанкціонованого доступу та збереження конфіденційності - Kevin Fu, Dr. Deborah Peel. 6) Концепція навчання та підготовки персоналу, важливості освіти та підготовки медичного персоналу до використання цифрових технологій - Dr. John Mattison, Dr. Molly Coyle. 7) Концепція інноваційних технологій та штучного інтелекту, використання штучного інтелекту, машинного навчання та інших інноваційних технологій для покращення діагностики, прогнозування та розробки нових методів лікування - Dr. Andrew Ng, Dr. Fei-Fei Li. 8) Концепція пацієнтського самоуправління та Е-здоров'я, залучення пацієнтів до активного управління своїм здоров'ям за допомогою цифрових інструментів та ресурсів - Dr. Victor Montori, Dr. Jane Sarasohn-Kahn. 9) Концепція стандартизації та регуляторної політики, яка включає важливість розробки

стандартів для забезпечення взаємодії та безпеки цифрових медичних технологій - Dr. Farzad Mostashari, Dr. Janet Marchibroda. 10) Концепція глобальної цифровізації та доступності, поширення цифрових технологій для поліпшення медичного обслуговування та забезпечення рівного доступу до цифровізації - Dr. Paul Farmer, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus. Ці концепції відображають ключові аспекти цифровізації медицини та вклад певних фахівців у розвиток цих ідей. У світлі глобальних викликів, таких як пандемії, зміни в структурі населення та швидкий темп розвитку технологій, медичні організації виконують ключові функції та грають важливу роль у цифровізації медицини.

Медичні організації стикаються з численними глобальними викликами, які впливають на їхню діяльність і вимагають адаптації та інноваційних рішень. Глобальні виклики в сфері медицини: 1) Пандемії, такі як COVID-19, викликають значні проблеми для медичних організацій у забезпеченні адекватного лікування, вакцинації та контролю поширення захворювань. 2) Нерівномірний доступ до медичних послуг та низький рівень доступності якісної медичної допомоги є великим викликом, особливо в країнах з низьким рівнем розвитку. 3) Збільшення частки літнього населення викликає підвищену потребу в медичному обслуговуванні та послугах догляду, що може створювати фінансовий тиск на системи охорони здоров'я. 4) Зростання випадків хронічних захворювань (наприклад, цукрового діабету, серцево-судинних захворювань) ставить перед медичними організаціями завдання управління хворобами на рівні населення. Дефіцит ліків, медичного обладнання та кадрових ресурсів може виникати внаслідок ряду чинників, включаючи глобальні торгові обмеження та нестабільність постачання. 5) Населення в деяких регіонах стикається з кризами здоров'я, такими як голод, війни та епідемії, що вимагає надзвичайних заходів медичної допомоги та гуманітарної допомоги. 6) Зміни клімату можуть призводити до нових захворювань, зростання екстремальних погодних умов та забруднення повітря, що має прямий вплив на здоров'я населення. Ці виклики визначають нові реалії для медичних організацій та вимагають комплексних стратегій для вирішення проблем та покращення систем охорони здоров'я в глобальному масштабі.

Тема "Вплив медичних організацій на цифровізацію медицини в контексті глобальних викликів" має як теоретичне, так і практичне значення в сучасному світі. Розвиток технологій у сфері охорони здоров'я: Дослідження впливу медичних організацій на цифровізацію медицини може принести важливі висновки щодо того, як нові технології і інформаційні системи впливають на якість та ефективність медичної допомоги. Аналіз стратегій, які обирають медичні організації при впровадженні цифрових технологій, може визначити успішні підходи та найкращі практики в цьому процесі. Розуміння того, як медичні організації взаємодіють з глобальними викликами, такими як пандемії, може допомогти розробити ефективні стратегії для подолання надзвичайних ситуацій. Цифровізація може полегшити доступ до медичних послуг, сприяти швидшому обміну інформацією між лікарнями та лікарями, а також підвищити точність діагностики та лікування. Використання цифрових технологій дозволяє збирати, аналізувати та використовувати великі обсяги медичної інформації для розробки інноваційних методів діагностики і лікування. Цифрові технології можуть забезпечити швидкий обмін інформації та координацію дій між медичними організаціями при виникненні глобальних криз, наприклад, пандемій. Цифровізація може призвести до оптимізації процесів у медичних організаціях, що, в свою чергу, може сприяти зменшенню витрат і покращенню фінансової ефективності. В цілому, тема впливу медичних організацій на цифровізацію медицини у контексті глобальних викликів є важливою як для теоретичного розуміння та розвитку концепцій, так і для вирішення конкретних завдань з покращення охорони здоров'я на практичному рівні.

ЦИФРОВА УПРАВЛІНСЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ В СФЕРІ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ ТА ОРГАНІЗАЦІЙ

*Костенко Сергій Володимирович,
здобувач вищої освіти другого (магістерського) рівня
спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»
Інженерного навчально-наукового інституту ім. Ю. М. Потєбні
Запорізького національного університету*

Анотація. Тема дослідження спрямована на вивчення концепцій та практичного досвіду використання цифрових технологій у медичних установах та організаціях. Тема включає аналіз електронного здоров'я, телемедицини, інтегрованих медичних інформаційних систем, цифрового управління персоналом та ресурсами, безпеки даних у медицині. Дослідження враховує зарубіжний

досвід країн, таких як Ізраїль, Сполучені Штати Америки, Сінгапур, Норвегія та Естонія, які впроваджують цифрові інновації для покращення ефективності, доступності та якості медичних послуг. Результати дослідження можуть сприяти оптимізації управління медичними установами та підвищенню рівня задоволеності пацієнтів.

Abstract. The research topic is aimed at studying the concepts and practical experience of using digital technologies in medical institutions and organizations. The topic includes the analysis of electronic health, telemedicine, integrated medical information systems, digital management of personnel and resources, data security in medicine. The study takes into account the foreign experience of countries such as Israel, the United States of America, Singapore, Norway and Estonia, which implement digital innovations to improve the efficiency, accessibility and quality of health services. The results of the study can contribute to optimizing the management of medical institutions and increasing the level of patient satisfaction.

Цифрова управлінська діяльність в сфері медичних установ та організацій охоплює використання сучасних інформаційних технологій для покращення ефективності та якості надання медичних послуг, оптимізації управління ресурсами, забезпечення безпеки пацієнтів та зручності для медичного персоналу. Вже сьогодні розвивається багато напрямів, у контексті яких ведеться ця робота. Заміна паперових медичних карток електронними системами дозволяє лікарям та іншому медичному персоналу ефективно вести та обмінюватися інформацією про пацієнтів. Використання технологій зв'язку для надання консультацій, діагностики та лікування на відстані полегшує доступ до медичної допомоги. Використання аналітичних інструментів для обробки та аналізу великих обсягів даних допомагає отримати інсайти в управлінні медичними процесами та приймати рішення на основі доказової медицини. Впровадження інтегрованих систем управління охоплюють різні аспекти, такі як фінанси, кадри, інвентаризація та розклади. Розвиваються системи онлайн-реєстрації та планування прийому пацієнтів для зручності та оптимізації робочого часу. Використовуються підключені пристрої для моніторингу стану пацієнтів, вітальних показників та інших медичних параметрів. Формуються заходи для забезпечення безпеки та конфіденційності електронної медичної інформації. Ведеться розробка та впровадження мобільних додатків, які дозволяють пацієнтам вести власний медичний журнал, отримувати нагадування про прийом ліків, використовувати функції моніторингу здоров'я та зв'язок з медичним персоналом. Удосконалюються сучасні методи обміну інформацією - месенджери та платформи для обміну конфіденційною медичною інформацією між лікарями, медсестрами та іншими членами медичного колективу. Упроваджується штучний інтелект та машинне навчання, націлене на використання алгоритмів штучного інтелекту для аналізу медичних даних, допомоги в діагностиці та розробки індивідуалізованих підходів до лікування. Формується електронна система замовлення та управління запасами, у контексті якої відбувається впровадження систем, що автоматизують процес замовлення та управління лікарськими та медичними запасами для забезпечення необхідними ресурсами. Формується система відстеження якості та задоволення пацієнтів, в основі якої використання засобів збору та аналізу даних для визначення рівня задоволеності пацієнтів та вдосконалення якості надання медичних послуг. Упроваджуються електронні платформи для навчання медичного персоналу, в основі яких використання онлайн-ресурсів та електронних платформ для навчання та підвищення кваліфікації медичного персоналу. Упроваджується електронна фінансова звітність, яка відбувається в основі автоматизації фінансового обліку та звітності для забезпечення ефективного фінансового управління медичними установами. Всі ці інновації спрямовані на підвищення якості, доступності та ефективності медичних послуг, полегшення роботи медичного персоналу та управління медичними установами, покращення якості надання медичних послуг, зменшення адміністративних витрат та підвищення ефективності управління медичними установами. Концепції цифрового управління в сфері медичних установ та організацій розроблені та внесені вченими, експертами та практиками з різних галузей. Визначимо ключові концепції та автори, які внесли значний внесок у цю область: 1) Електронне здоров'я (E-Health): найчастіше ця концепція пов'язана з командою експертів із сфери інформаційних технологій та медицини. Наприклад, група інженерів та медичних фахівців під керівництвом професора з інформаційних технологій. 2) Телемедицина: фахівці, які допомагають формувати концепцію телемедицини, включають медичних дослідників, інженерів зв'язку та інформаційних технологій. Відомі фахівці з медичної телематики можуть грати ключову роль у цьому напрямі. 3) Інтегрована медична інформаційна система: концепцію цієї системи розробляють інформаційні технологи в співпраці з медичними адміністраторами та лікарями. Автори можуть включати експертів з інформаційних технологій з охорони здоров'я. 4) Цифрове управління персоналом та

ресурсами: експерти в галузі управління ресурсами та персоналом, а також інформаційні технологи, можуть брати участь менеджери з розвитку бізнесу в сфері охорони здоров'я. 5) Безпека та конфіденційність даних в медицині: експерти в галузі кібербезпеки та медичні правознавці, які працюють над забезпеченням захисту пацієнтських даних. Важливо зазначити, що ці концепції є колективними утвореннями, і багато експертів та фахівців можуть внести свій внесок у розвиток і реалізацію цифрових стратегій у сферу медицини. Зарубіжний досвід впровадження цифрових технологій в сфері медичної діяльності відіграє вагомий роль. Різні країни та регіони використовують інноваційні підходи для поліпшення якості медичних послуг та оптимізації управління.

1) Ізраїль визначається як одна з лідерських країн у галузі медичних технологій, де активно використовуються електронні системи обліку пацієнтів, телемедицина, та інші цифрові інструменти для підвищення ефективності системи охорони здоров'я. 2) В США велика увага приділяється електронному здоров'ю та обміну медичною інформацією між лікарями. Законодавство, зокрема Закон про захист пацієнтів та стимулювання сучасних технологій в охороні здоров'я (HITECH Act), підтримує впровадження електронних медичних записів. 3) Сінгапур активно розвиває цифрові рішення для поліпшення обслуговування пацієнтів та управління медичними установами. Впроваджені ініціативи включають електронні медичні картки, системи телемедицини та аналітику для управління даними в галузі охорони здоров'я. 4) Норвегія визначається високим рівнем цифровізації у сфері охорони здоров'я. Використання електронних медичних карток, телемедицини та інших цифрових інструментів сприяє покращенню доступу до медичних послуг та оптимізації лікувальних процесів. 5) Естонія виводить концепцію електронного уряду на новий рівень, включаючи електронні рецепти та доступ до медичної інформації через онлайн-платформи. Це дозволяє пацієнтам більш активно брати участь у власному управлінні здоров'ям. Ці приклади вказують на різноманітність підходів та технологій, які використовуються у різних країнах для покращення медичної діяльності через цифрові рішення. Зарубіжний досвід може слугувати важливим джерелом навчання для впровадження сучасних практик у власній країні чи регіоні. Тема "Цифрова управлінська діяльність в сфері медичних установ та організацій" має важливе теоретичне та практичне значення у контексті сучасної медицини та інформаційних технологій. Тема відображає зростаючий вплив інформаційних технологій на управління медичними установами. Це важливо для теоретичного розуміння того, як інновації в галузі ІТ впливають на медичні процеси та адміністративні функції.

Дослідження цієї теми враховує створення та вдосконалення систем управління здоров'ям, які використовують цифрові технології для оптимізації медичних процесів, збору та аналізу даних. Впровадження цифрових технологій у медичні установи дозволяє оптимізувати управлінські процеси, зменшувати бюрократію та підвищувати ефективність адміністративних операцій. Цифрове управління може сприяти поліпшенню координації медичних послуг, забезпеченню доступу до інформації про пацієнтів та підвищенню якості медичного обслуговування. Розробка ефективних цифрових систем управління враховує питання безпеки та конфіденційності медичних даних, забезпечуючи високий рівень захисту інформації. Аналіз великих обсягів даних, отриманих за допомогою цифрових платформ, слугує основою для прийняття обґрунтованих управлінських рішень у медичній галузі. Дослідження цієї теми може сприяти виникненню нових інновацій та розвитку технологічних рішень для медичної сфери. Цифрова управлінська діяльність в сфері медичних установ та організацій має ключове значення для трансформації сучасної медицини через використання цифрових інструментів та методів управління. Цифрова управлінська діяльність в сфері медичних установ та організацій є інноваційною завдяки впровадженню та використанню передових інформаційних технологій для оптимізації адміністративних процесів та підвищення якості медичних послуг. Використання інновацій у медицині - аналітика та великі обсяги даних (Big Data), телемедицина та дистанційне управління, Інтернет речей (IoT) в медицині, штучний інтелект (AI) в управлінні, мобільні додатки для управління здоров'ям спрямовані на покращення ефективності, доступності та якості медичної допомоги, оптимізацію адміністративних процесів у медичних установах, що робить цю тему ключовою в контексті сучасних тенденцій у галузі охорони здоров'я та інформаційних технологій [1].

Список використаних джерел

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

ВПЛИВ ІКТ НА РОЗВИТОК ЦИФРОВІЗАЦІЇ МЕДИЦИНИ

*Крупа Андрій Геннадійович,
здобувач вищої освіти ступеня PhD доктора філософії
спеціальності 073 «Менеджмент»
Інженерного навчально-наукового інституту ім. Ю. М. Потемні
Запорізького національного університету*

Анотація. Дана стаття досліджує вплив інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) на розвиток цифровізації медицини; проаналізовано сучасні тенденції в застосуванні ІКТ у сфері охорони здоров'я та їх вплив на удосконалення медичних послуг. Автор досліджує переваги цифровізації медицини, такі як покращення доступу до медичних послуг, зменшення часу діагностики та підвищення ефективності лікування. Висновки статті дозволяють зрозуміти, як впровадження інформаційно-комунікаційних технологій сприяє розвитку цифровізації медицини та в якому напрямку слід розвивати цей процес для покращення якості надання медичних послуг.

Abstract. This article examines the impact of information and communication technologies (ICT) on the development of digitalization of medicine; modern trends in the use of ICT in the field of health care and their impact on the improvement of medical services are analyzed. The author explores the benefits of digitization of medicine, such as improving access to medical services, reducing diagnosis time, and improving treatment efficiency. The conclusions of the article make it possible to understand how the introduction of information and communication technologies contributes to the development of digitalization of medicine and in which direction this process should be developed to improve the quality of medical services.

В останні роки такі технології, як Інтернет, великі дані, хмарні обчислення, штучний інтелект і блокчейн, прискорили інновації та інтегруються у процес економічного та соціального цифрового розвитку. Вони стають ключовою силою у реорганізації глобальних факторних ресурсів, зміні глобальної економічної структури та глобального конкурентного середовища. Сьогодні слід враховувати глобальні світові зміни, координувати внутрішні та міжнародні ситуації, основні питання розвитку та безпеки, використовувати переваги великих даних та сценаріїв їх застосування, просувати цифрові технології у реальну економіку. Глибока інтеграція та модернізація традиційних галузей породжує нові галузі, нові формати та нові моделі, зміцнює цифрову економіку. Розвиток цифрової економіки - це стратегічний вибір для використання нових можливостей у новому раунді технологічної революції та промислової трансформації. По-перше, розвиток цифрової економіки сприяє побудові сучасної економічної системи, модернізації традиційних галузей промисловості та стає важливим двигуном економічної системи. По-друге, розвиток цифрової економіки сприяє створенню нових національних конкурентних переваг. Необхідно прискорити будівництво нової інфраструктури, зміцнити стратегічне планування, прискорити будівництво високошвидкісного, повсюдного, інтегрованого простору хмарної та мережевої інтеграції, інтелектуального та гнучкого, зеленого та низьковуглецевого, безпечного та керованого інтелектуального комплексного рішення. По-третє, необхідно сприяти комплексному розвитку цифрової економіки, зрозуміти напрямки цифровізації, мереж та інтелекту, сприяти оцифруванню виробництва, сфери послуг, використовувати нові інтернет-технології для трансформації традиційних галузей та підвищення загальної продуктивності факторів виробництва. Необхідно стандартизувати розвиток цифрової економіки, наполягати на проектуванні найвищого рівня розвитку цифрової економіки. В останні роки такі технології, як Інтернет, великі дані, хмарні обчислення, штучний інтелект та блокчейн, прискорили інновації та дедалі більше інтегрується у весь процес економічного та соціального розвитку у всіх сферах. Масштаб ринку додатків та програмного забезпечення став поступово збільшуватися, а сегменти ринку поступово стають більш диверсифікованими. Серед них мобільна медична допомога, телемедицина та фітнес-споживання. Завдяки постійному розширенню можливостей штучного інтелекту потенціал медицини та медичного розвитку поступово вивільняється. Це не тільки вирішення складних захворювань, але також звільнення лікарів від основної роботи, щоб вони могли більше зосередитися на вирішенні медичних проблем. Варто з нетерпінням чекати перспективи розумної медичної допомоги, яка приносить користь людству, а блакитний океан індустрії цифрової охорони здоров'я ще вивчити. Розумна медицина сьогодні втілює мрії у реальність, вона може не тільки визначати слух, а й допомагати чути за допомогою субтитрів. Цифрова медицина сприяє комплексному застосуванню великих медичних даних, реалізує спільне використання медичних ресурсів. Прискорена інтеграція інтелектуальних технологій та медичної промисловості продовжує покращувати життя людей. Розумна медицина має широкі перспективи, що дозволяють постійно підвищувати ефективність

консультацій, точність діагностики. Онлайн-реєстрація, ієрархічна діагностика та лікування, електронні медичні записи, засоби великих даних для інновацій сприяють розвитку галузі охорони здоров'я, створення розумної медичної системи. У той же час штучний інтелект поширюється на фармацевтичну сферу, уможливаючи ефективні та екологічні фармацевтичні препарати. За допомогою штучного інтелекту виробництво ліків стає точнішим. Перейшовши від синтезу та виробництва до безперервного виробництва, фармацевтична промисловість покращує стабільність ліків та стандарти якості, захищаючи здоров'я людини. В останні роки завдяки інноваційному застосуванню штучного інтелекту, великих даних та інших технологій у сфері медицини інтелектуальна медична допомога покращує якість здорового життя людей, стала проривом у трансформації медичної галузі. Інтелектуальне управління температурою тіла є важливим застосуванням інтелектуальних технологій у галузі медицини. Штучний інтелект покликаний сприяти комплексному застосуванню великих медичних даних, а прискорена інтеграція інтелектуальних технологій та медичної промисловості продовжує покращувати життя людей. Розумна фармацевтика використовує засоби великих даних для інновацій та розвитку галузі охорони здоров'я, створення розумної медичної системи. За допомогою штучного інтелекту виробництво ліків стає точнішим. Мережева безпека медичних закладів, які є важливими установами громадського обслуговування, пов'язана не тільки з безпечною роботою самих медичних закладів, а й безпосередньо пов'язана із соціальною гармонією та стабільністю. Продовження просування інновацій «Інтернет + медична охорона здоров'я» і прискорення поглибленого розвитку національної інформатизації охорони здоров'я не тільки розширюють можливості галузі охорони здоров'я, але також пов'язані з поліпшенням медицини. Цифрова охорона здоров'я глибоко впливає на індустрію охорони здоров'я. Інноваційні технології, такі як Інтернет речей, штучний інтелект та великі дані, що охоплюються цифровою охороною здоров'я, продовжують проникати у розвиток багатьох напрямків індустрії охорони здоров'я. Це продовжує сприяти зростанню та створенню нової екології у галузі охорони здоров'я, такій як телемедицина, онлайн-діагностика та лікування, швидка діагностика захворювань, аналіз медичних даних, фармацевтична електронна комерція, які почали змінювати попередню традиційну модель. Водночас запроваджується відповідна політику щодо просування інтернет-медицини та заохочення розвитку індустрії цифрової охорони здоров'я. Люди користуватимуться загальними медичними послугами високого рівня, а технології великих даних та штучного інтелекту мають широкі перспективи застосування у сфері охорони здоров'я. Просування можливостей базового охоплення цифровою охороною здоров'я покликане більшою мірою втілювати цифрову цінність, що в основному відображається у двох аспектах: оптимізації послуг та інноваційному розвитку. Серед них оптимізація послуг спрямована на використання цифрових технологій для стимулювання цифрової трансформації медичного бізнесу та моделей обслуговування, інтеграцію цифрових технологій із медичними та медичними послугами та розширення можливостей розвитку галузі. Інноваційний розвиток потребує більшої мудрості та більш довгого стратегічного мислення, інновації у бізнес-моделях успішно реалізуються за рахунок виявлення, адаптації та використання цифрових технологій, адаптації до ризиків, повною мірою використовують нову продуктивність, представлену штучним інтелектом та блокчейном. Необхідно сприяти комплексному розвитку цифрової економіки та реальної економіки, зрозуміти напрямки цифровізації, мереж та інтелекту, сприяти цифровізації виробництва, сфери послуг, використовувати нові Інтернет-технології, що дозволять здійснити всебічну трансформацію традиційних галузей, підвищити сукупну продуктивність факторів виробництва та повною мірою використовувати посилення. Необхідно сприяти розвитку цифрових галузей за ключовими напрямками, орієнтуватися на стратегічні рубежі та командні висоти, спиратися на великі технологічні прориви та основні потреби розвитку, підвищувати конкурентоспроможність ключових ланок виробничого ланцюжка. Законні права та інтереси працівників платформи та споживачів мають бути захищені, а податковий нагляд та податкові перевірки мають бути посилені. Інформаційно-комунікаційні технології (ІКТ) мають значний вплив на розвиток цифровізації в галузі медицини. Використання ІКТ дозволяє зберігати, обробляти і передавати медичну інформацію в електронному форматі, спрощуючи доступ до історії хвороб та поліпшуючи координацію лікування. Застосування аналітики даних на основі ІКТ дозволяє виявляти патерни, прогнозувати захворювання та підвищує ефективність медичних досліджень. Практика: Розробка мобільних додатків для моніторингу здоров'я, відстеження вправ та лікування дозволяє пацієнтам активно брати участь у власному лікуванні. Використання алгоритмів машинного навчання і штучного інтелекту для аналізу зображень, діагностики та розробки індивідуалізованих планів лікування. Впровадження IoT для відстеження важливих показників здоров'я, таких як тиск, пульс,

рівень цукру, що полегшує моніторинг хворих та попередження ускладнень. Застосування сучасних засобів шифрування та захисту даних для забезпечення конфіденційності медичної інформації. Інтеграція ІКТ у медичну сферу не лише полегшує роботу фахівців та покращує надання медичних послуг, але і робить їх більш доступними, ефективними та інноваційними [1].

Список використаних джерел

1. 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.

ВПЛИВ ЦИФРОВІЗАЦІЇ НА РОЗВИТОК ОРГАНІЗАЦІЙ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ

*Мар'єнко Вікторія Юріївна,
Здобувач вищої освіти ступеня PhD доктора філософії
спеціальності 073 «Менеджмент»
Інженерного навчально-наукового інституту ім. Ю. М. Потебні
Запорізького національного університету*

Анотація. У дослідженні відмічається, що цифровізація має значний вплив на розвиток медичних установ, і цей вплив виявляється в різних аспектах. Розвиток цифрової інфраструктури дозволяє медичним установам ефективно інтегрувати різноманітні технології та платформи для спільної роботи та обміну даними. Використання цифрових систем допомагає медичним установам ефективно управляти своїми ресурсами, включаючи лікарські засоби, медичні прилади та персонал. Електронні системи моніторингу стану здоров'я пацієнтів дозволяють вчасно виявляти проблеми та надавати необхідну допомогу.

Abstract. The study notes that digitalization has a significant impact on the development of medical institutions, and this impact is manifested in various aspects. The development of digital infrastructure allows medical institutions to effectively integrate various technologies and platforms for collaboration and data exchange. The use of digital systems helps healthcare facilities effectively manage their resources, including drugs, medical devices and personnel. Electronic systems for monitoring the health of patients allow timely detection of problems and providing the necessary assistance.

Актуальність теми дослідження в тому, що цифровізація виступає ключовим елементом трансформації медичного сектору, привносячи інновації та зміни в різних аспектах організацій медичних установ. Проаналізуємо напрями, по яким розвивається цифровізація в медичних установах. Заміна паперових документів електронними дозволяє легше зберігати, оновлювати та обмінювати медичну інформацію. Перехід від паперових до електронних медичних записів спрощує зберігання, обмін та доступ до інформації про пацієнтів. Медичні фахівці можуть швидше та ефективніше отримувати доступ до пацієнтської інформації, що покращує якість медичного обслуговування. Цифровізація відкриває можливість проводити консультації та діагностику дистанційно дозволяє пацієнтам отримувати якісну медичну допомогу, навіть якщо вони знаходяться віддалено від медичних установ. Використання аналітики та штучного інтелекту допомагає виявляти тенденції, діагностувати захворювання та розробляти індивідуальні плани лікування. Штучний інтелект може допомагати медичним фахівцям у прийнятті рішень щодо лікування, оснований на великій кількості даних. Цифрові технології можуть допомагати управляти ресурсами, прийомом пацієнтів та іншими аспектами адміністрування медичних установ, що призводить до ефективності та зменшення помилок. Використання новітніх технологій, таких як хірургічні роботи та пристрої для точної діагностики, може покращувати результати лікування та скорочувати час відновлення. Аналіз генетичної інформації та інших особистих факторів дозволяє розробляти індивідуалізовані підходи до лікування. Цифрові технології також вимагають вдосконалення заходів безпеки для захисту конфіденційної медичної інформації пацієнтів. Пацієнти можуть отримувати доступ до своєї медичної інформації через онлайн-платформи, що сприяє більш активній участі у власному здоров'ї та прийняттю усвідомлених рішень щодо лікування. Автоматизовані системи можуть надсилати нагадування пацієнтам про прийом ліків, медичні призначення та профілактичні заходи. Цифрові технології сприяють удосконаленню медичного навчання за допомогою симуляцій та тренажерів, що робить процес навчання більш доступним та ефективним. Цифрові технології дозволяють медичним фахівцям з різних країн обмінюватися досвідом та кращими практиками для підвищення якості медичної допомоги. Зростаючий рівень цифровізації також вносить нові виклики у сфері кібербезпеки, і медичні

установи повинні приділяти увагу заходам безпеки для захисту важливих медичних даних. Цифровізація стала ключовим елементом трансформації медичного сектору, забезпечуючи покращення ефективності, якості та доступності медичних послуг. Водночас, важливо враховувати виклики, пов'язані з безпекою та конфіденційністю даних, щоб забезпечити стабільний та надійний розвиток цифрових ініціатив у сфері охорони здоров'я. Можливість консультувати лікаря віддалено допомагає забезпечити доступ до медичної допомоги для тих, хто знаходиться віддалено. Використання аналітики та алгоритмів штучного інтелекту дозволяє розробляти індивідуалізовані плани лікування, враховуючи унікальні характеристики кожного пацієнта. Аналіз великих обсягів даних може допомагати у визначенні та прогнозуванні епідемій та захворювань. Пацієнти можуть використовувати мобільні додатки для ведення своїх медичних записів, відстеження показників здоров'я та отримання рекомендацій для збереження здоров'я. Використання великих обсягів даних в дослідженнях сфери медицини сприяє швидшому розвитку нових методів діагностики та лікування. Впровадження цифрових систем допомагає оптимізувати роботу медичних установ, розподіляти ресурси та підвищувати ефективність обслуговування пацієнтів. Цифровізація дозволяє медичним установам покращувати якість медичної допомоги, зменшувати час прийому пацієнтів та прискорювати медичні дослідження, роблячи медичний сектор більш доступним, ефективним та інноваційним [1].

У контексті світової думки існує багато концепцій та підходів до цифровізації у медичній сфері, автори та практики якої з різних країн внесли вагомий вклад у цей процес. 1) Електронне здоров'я в Сполучених Штатах: Національний інститут здоров'я (NIH), Центри контролю та профілактики захворювань (CDC), Офіс споживацької інформатики у галузі охорони здоров'я (ONC) та інші. Розвиток електронної медичної інформаційної системи (EMR) та створення інтегрованого підходу до обміну електронною медичною інформацією. 2) Електронна медицина в Європейському Союзі: Європейська комісія, Європейська агенція з електроніки та інформаційних технологій (ENISA), Міністерства охорони здоров'я різних країн ЄС. Розвиток інтероперабельних електронних систем здоров'я для полегшення обміну даними між країнами та поліпшення якості медичної допомоги. 3) mHealth в Індії: Міністерство охорони здоров'я та сімейного благополуччя Індії, Індійське товариство мобільного здоров'я (mHealth Society). Використання мобільних технологій для покращення доступу до медичної допомоги, моніторингу за станом здоров'я та наданням освітніх ресурсів. 4) Загальна медична інформаційна система у Китаї: Міністерство охорони здоров'я Китаю, Національний центр здоров'я та сімейного благополуччя Китаю (NHFPCC). Створення інтегрованої інформаційної системи для покращення доступу до медичної інформації та координації медичної допомоги. 5) Інновації в телемедицині у Норвегії: Норвезький департамент здоров'я. Застосування телемедицини для поліпшення доступу до медичних консультацій, особливо в регіонах з обмеженим доступом до медичної допомоги. 6) Інтегрована медична інформаційна система в Сінгапурі: Міністерство охорони здоров'я Сінгапуру, Сінгапурська агенція здоров'я (Health Promotion Board). Впровадження централізованої інтегрованої системи для обміну медичною інформацією між різними медичними установами сприяє поліпшенню координації допомоги та реагуванню на екстрені ситуації. 7) E-Здоров'я в Австралії: Департамент охорони здоров'я Австралії, Австралійське товариство електронної здоров'я.

Розвиток електронних систем обміну медичною інформацією, підтримка е-рецептів, ініціативи щодо пацієнтської участі та доступу до своїх медичних даних. 8) Цифрова ініціатива в області охорони здоров'я у Японії: Міністерство охорони здоров'я, праці та соціального забезпечення Японії, Японське товариство здоров'я та інформаційних технологій (JAHIS). Реалізація інтегрованої цифрової інфраструктури для обміну медичною інформацією та покращення координації медичних послуг. 9) Електронне здоров'я в Ізраїлі: Міністерство охорони здоров'я Ізраїлю, Ізраїльський національний проект електронного здоров'я. Розвиток системи обміну електронною медичною інформацією, використання технологій для підтримки медичних досліджень та забезпечення ефективного лікування. 10) Електронне здоров'я у Бразилії: Міністерство охорони здоров'я Бразилії, Бразильська асоціація електронного здоров'я (ABTms). Запровадження електронних систем для обміну даними та полегшення доступу до медичної інформації для пацієнтів та медичних фахівців. Ці ініціативи та підходи свідчать про те, що країни впроваджують різноманітні стратегії цифровізації в медичній сфері, реагуючи на унікальні потреби та специфічні виклики. Вони намагаються використовувати технології для поліпшення якості медичної допомоги та забезпечення більш ефективної та доступної системи охорони здоров'я. Концепції впливу цифровізації на розвиток організацій медичних установ свідчать про різноманітність підходів в різних країнах та регіонах, про зусилля вдосконалення медичної системи та поліпшення доступу до ефективної медичної допомоги.

Цифровізація в медичній сфері має практичне значення, оскільки впливає на різні аспекти надання медичних послуг та управління організаціями охорони здоров'я. Застосування цифрових технологій дозволяє поліпшити точність діагностики та лікування захворювань. Електронні медичні інформаційні системи (ЕМІС) дозволяють лікарям швидше отримувати доступ до повної медичної інформації про пацієнтів, що полегшує прийняття рішень та покращує координацію лікування. Електронні системи дозволяють автоматизувати адміністративні процеси, що зменшує навантаження на персонал та оптимізує використання ресурсів. Системи електронного управління медичним персоналом допомагають у відслідковуванні робочого часу, розподілі завдань та забезпеченні найефективніших робочих процесів. Інтегровані системи для управління лікарським обладнанням та медичними ресурсами сприяють підтримці оптимального запасу та уникненню зайвих витрат. Використання алгоритмів штучного інтелекту для аналізу даних сприяє точнішим діагнозам та індивідуалізованим підходам до лікування. Застосування електронних систем дозволяє контролювати доступ до конфіденційної інформації та забезпечити її безпеку. Ці практичні аспекти цифровізації у медичній галузі покликані покращити якість медичної допомоги, забезпечити ефективне використання ресурсів та робочого часу, полегшити доступ до медичних послуг для пацієнтів.

Список використаних джерел

1. 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.

ЦИФРОВА ТРАНСФОРМАЦІЯ ТА ТЕХНОЛОГІЇ В МЕДИЦИНІ

*Нікітенко Віталіна Олександрівна,
доктор філософських наук,
професор кафедри управління та адміністрування
Інженерного навчально-наукового інституту ім. Ю.М.Потебні
Запорізького національного університету*

Анотація. Цифрова трансформація та технології в медицині розвиваються навколо зростання використання електронних медичних записів, штучного інтелекту та аналізу даних, що може породжувати питання стосовно захисту особистої інформації пацієнтів. Індустрія охорони здоров'я повинна використовувати цифрову охорону здоров'я як інструмент у поєднанні з новими технологіями цифрової охорони здоров'я для прискорення інтеграції та трансформації науки, технологій та підприємництва.

Ключові слова: цифрова трансформація, технології в медицині, медична екосистема

Abstract. Digital transformation and technology in medicine are developing around the growing use of electronic medical records, artificial intelligence and data analysis, which can raise questions about the protection of personal information of patients. The healthcare industry must use digital healthcare as a tool in conjunction with emerging digital healthcare technologies to accelerate the integration and transformation of science, technology and entrepreneurship.

Keywords: digital transformation, technologies in medicine, medical ecosystem

Прогнозування майбутнього медицини з соціально-філософської точки зору пов'язане з цифровою трансформацією та технологіями у медицині, що можуть включати різні аспекти, такі як етика, доступ до охорони здоров'я, взаємодія з технологіями та вплив на суспільство. Прогнозування майбутнього медицини з соціально-філософської точки зору може охоплювати різноманітні аспекти, які визначають взаємодію медицини з суспільством та основоположні етичні питання. Медична екосистема, що перебувала в застої протягом багатьох років, почала відкриватися зовнішньому світу, що призвело до трансформації медичної промисловості у бік цифрових медичних рішень, медична промисловість почала вступати у період енергійного розвитку. У той же час стали виникати нові бізнес-моделі, що базуються на управлінні медичними даними, моделі оплати послуг на основі вартості (VBC) та персоналізована медицина. Розвиток технологій у галузі генетики та молекулярної біології призвів до появи персоналізованих методів лікування та діагностики. З одного боку, це може зробити медицину більш ефективною, а з іншого – виникає питання етики використання особистої генетичної інформації. Запровадження штучного інтелекту в діагностиці та лікуванні полегшує роботу лікарів, зменшує помилки та ризики. Проте, це викликає питання конфіденційності, відповідальності та розуміння того, наскільки ми можемо довіряти системам штучного інтелекту у

сфері здоров'я. Розвиток технологій може призвести до зменшення вартості та збільшення доступності медичних послуг. Однак важливо вирішувати питання соціальної справедливості, щоб усі шари суспільства мали рівний доступ до якісної медичної допомоги. Зростання активності пацієнтів у власному здоров'ї за допомогою технологій та інформаційних систем повинно змінити роль пацієнта та лікаря. Це може створити нові виклики в комунікації та етиці, пов'язані з партнерським підходом до управління здоров'ям. Розвиток генетичних технологій може викликати етичні питання стосовно генетичних модифікацій людини для поліпшення фізичних та когнітивних функцій. Важливо розглядати моральні та філософські аспекти цього питання. Здоров'я не обмежується лише фізичними аспектами, важливо враховувати соціальні виміри, а медицина майбутнього може більше спиратися на такі фактори, як екологія, економіка, освіта та інші, у своїх підходах до лікування та попередження захворювань.

Загалом, врахування соціально-філософських аспектів у прогнозуванні майбутнього медицини є важливим для створення ефективних та етичних моделей організації здоров'я суспільства. Розвиток медичних технологій може впливати на сприйняття та взаємодію між лікарем та пацієнтом. Розвиток технологій дозволяє покращувати фізичні та когнітивні здібності людини, породжує питання етики та справедливості в розподілі доступу до таких технологій. Культурні та соціальні питання медицини можуть впливати на прийняття нових методів лікування, генетичних технологій та інших інновацій у медицині. Розвиток медичних технологій може стати джерелом фінансових викликів у системі охорони здоров'я, а залучення громадськості до прийняття рішень у сфері медицини може змінити динаміку взаємодії між медичною галуззю та суспільством. Цифрові технології допомагають уточнити аналіз прогнозування майбутнього медицини з погляду соціально-філософської перспективи, враховуючи більш конкретні аспекти взаємодії медицини та суспільства. Враховуючи тенденції економічного, соціального та технологічного розвитку в найближчі десять років. Якісний розвиток медичної та медичної галузі зіткнеться зі все більш серйозними проблемами «неможливого трикутника», у контексті якого важко одночасно досягти високої якості обслуговування медичної системи, доступності ресурсів та низьких витрат на придбання ресурсів. Щоб вирішити цю проблему, медицина та галузь охорони здоров'я мають здійснити цифрову трансформацію та покладатися на нові технології цифрової охорони здоров'я для прискорення взаємної інтеграції та трансформації науки, технологій та промисловості. Розвиток економіки, суспільства та технологій у найближче десятиліття поставить перед галуззю охорони здоров'я величезні завдання, які неможливо досягти у трикутнику: високоякісна система охорони здоров'я, доступність медичних ресурсів та низькі витрати на момент доставки. Тому вчені обговорюють синергію між різними елементами та детально зупиняються на ключових технологіях, що ведуть до майбутньої цифрової трансформації охорони здоров'я. З погляду бізнесу цифрові технології охорони здоров'я можна розглядати як технічну архітектуру «п'ять в одному», що складається з: 1) будівництва нової інфраструктури; 2) нових мереж; 3) нових об'єктів; 4) нових терміналів; 5) нових платформ, які доповнюють одна одну, щоб досягти замкненого циклу цифрової трансформації. Нова інфраструктура медичних установ здебільшого є слабкими існуючими інтелектуальними засобами, які закладають основу для підтримки міжлікарняного розвитку; нова мережа реалізує високошвидкісне з'єднання, включаючи повністю оптичну мережу - 5G або 6G, Інтернет речей. Медичні установи в умовах цифровізації включають різні середні і великі інтелектуальні об'єкти, такі як «розумні палати», «розумна логістика», «розумні» лікарняні приміщення, медична реабілітація та хірургічні роботи. Нові термінали включають інтелектуальне діагностичне та лікувальне обладнання, додатки з можливістю мобільної роботи, розумні медичні помічники, розумні медичні консультанти. Нові термінали включають в себе розумних медичних помічників, цифрові системи охорони здоров'я розвивають цифровий потенціал, щоб трансформувати охорону здоров'я та надати пацієнтам, постачальникам послуг, менеджерам інформацію та інструменти, необхідні для управління та зміцнення систем охорони здоров'я, надання більш якісної медичної допомоги, покращення лікування. Цифрові системи охорони здоров'я можуть розширити доступ до якісної медичної допомоги, покращити профілактику та результати лікування пацієнтів, у тому числі для людей з хронічними захворюваннями, такими як неінфекційні захворювання. Цифрова охорона здоров'я пропонує важливі переваги та можливості у таких областях: 1. Поліпшення громадської охорони здоров'я та закладів охорони здоров'я, які пов'язані з лікарняними процедурами, електронними медичними записами та медичною інформацією. Доступ до якісної медичної допомоги можна покращити за рахунок швидкого обміну інформацією та даними між постачальниками та фахівцями у медичних закладах. 2. Особисте здоров'я та спеціалізовані пристрої (датчики, монітори, годинники та мобільні телефони) для цілей

моніторингу та зворотного зв'язку, у результаті чого медичні цифрові застосування також швидко зростають. 3. Досягнення покращеного та більш точного аналізу та прогнозування наборів медичних даних за допомогою таких методів, як штучний інтелект, великі дані або моделювання з використанням віртуальної реальності. За допомогою периферійних обчислень дані від пристроїв та датчиків можна агрегувати для отримання зображень, діагностики та аналізу даних. 4. Підтримка лікарів: покращення хірургічних процедур/операцій або рекомендацій, включаючи телехірургію. Використання цифрових технологій охорони здоров'я могло б дозволити ряду віддалених або супутникових медичних клінік для використання діагностики та телемедицини. Наприклад, лікарні в Китаї впровадили дистанційну хірургію 5G для операцій на печінці та імплантати для глибокої стимуляції мозку для лікування хвороби Паркінсона. Можливість записувати дані в місці надання медичної допомоги, захоплювати зображення для використання штучного інтелекту або аналізувати їх віддаленими експертами подалі від місця надання допомоги збільшує можливість надання загальної медичної допомоги з різних напрямків охорони здоров'я завдяки використанню цифрових технологій. Дані про охорону здоров'я можна також використовувати для надання цільової профілактичної допомоги населенню. Можливості цифрової охорони здоров'я все частіше визнаються урядами: за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, станом на середину 2018 року близько 120 країн розробили стратегії в галузі цифрової охорони здоров'я, телемедицини чи електронної охорони здоров'я. Простіше кажучи, цифровізація медичної галузі та охорони здоров'я включає два аспекти: 1) інформаційна інфраструктура; 2) інформаційні прикладні системи, що підтримують роботу всієї медичної системи. Цифровізація медичної галузі та охорони здоров'я полягає у використанні великих даних для проведення реформ, включаючи управлінські та оперативні дані, що генеруються в ході роботи медичної системи. Тому головна мета цифрової трансформації та технології в медицині - розвивати цифрові діагностичні алгоритми, допомагати медичним установам досягати більш високої ефективності та точності діагностики, сприяти створенню інтелектуальних медичних систем. Хоча більшість лікарень хоча й завершили створення інформаційної інфраструктури, явище інформаційних островів усередині лікарень залишається вкрай серйозним. Епідемія COVID-19 також виявила невідкладні проблеми, такі, як неякісна медична інформація та неефективний розподіл ресурсів, що ускладнює процес цифрової трансформації [1].

Список використаних джерел

1. Андрукайтене Регіна, Воронкова Валентина, Нікітенко Віталіна, & Олексенко Роман. Цифрові технології медицини у Китаї. 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. С.189-190.

ПРИВЕРНЕННЯ УВАГИ ПАЦІЄНТІВ КРЕАТИВНОЮ РЕКЛАМОЮ

*Подкупко Тетяна Леонідівна, к.і.н., доц.,
доцентка кафедри суспільних наук,
Юрченко Ірина Сергіївна,
Здобувачка II курсу,
Одеський національний медичний університет*

В наш час інформативна реклама медичних послуг і лікарських засобів є надзвичайно важливою і невід'ємною частиною життя. Багато людей не знають про переваги та можливості сучасної медицини, або не довіряють їй. Креативна реклама має привернути увагу, розповісти про нові ефективні методи, методики та засоби в медицині.

Однак, до створення такої специфічної реклами законодавство України висуває суворі вимоги. Така жорсткість обумовлена унеможливленням маніпулювати темою здоров'я й якістю життя, мінімізує впливи на почуття та вразливість людей. Не виконання умов - величезні штрафи рекламодавцям!

Основні умови та засади медичної реклами в Україні висуває Закон України «Про рекламу» [1] та Закон України «Про захист від недобросовісної конкуренції» [2].

В цих документах чітко прописані як загальні принципи для реклами, так і розглянуто специфіку медичної галузі.

Закони забороняють використання неточної або недостовірної інформації. Це стосується аспектів ціни, якості, важливості та необхідності товарів чи послуг.

Закони забороняють порівняльну рекламу. Тобто ви не можете порівнювати свої послуги, товари, засоби з іншими (як власного виробництва, так і з конкурентами).

Також законодавство України не милосердне до плагіату: як рекламних матеріалів в цілому, так і окремих уривків, або логотипів, слоганів, пакування тощо.

Виконання приписів законів контролюють Держпродспоживслужба і Антимонопольний комітет України (АМКУ). Ці інституції слідкують за тим, щоб реклама не порушувала права споживачів, не створювала неправомірних переваг між конкурентами, щоб всі учасники дотримувались букви закону.

Про порушення владні органи дізнаються зі скарг споживачів або за результатами власних перевірок.

Закони України дозволяють проявити креативний підхід в медичній рекламі.

З дозволу Міністерства охорони здоров'я, як центрального органу виконавчої влади, можна рекламувати медичні вироби, лікарські засоби, різноманітні методи профілактики, діагностики, лікування та реабілітації.

Категорично заборонено рекламувати допінгові препарати та методи, недоказову медицину, засоби, що не отримали дозволу на реєстрацію і реалізацію, застосування тощо.

Незважаючи на творчий підхід до реклами медичних засобів, необхідно врахувати, що вона має містити тільки об'єктивну інформацію. Обов'язковим є зазначення що це саме реклама і перед застосуванням необхідно проконсультуватися з лікарем та чітко слідувати інструкціям. Продукція чи послуги, що рекламуються, мають чітко зазначати, що це лікарський засіб, медичний виріб, метод профілактики тощо. Також обов'язковим є текст-застереження «Самолікування може бути шкідливим для вашого здоров'я». Це повідомлення має займати не менше 15% площі або тривалості реклами.

Крім обов'язкових моментів що мусять бути в рекламі є ще й ті, яких бути не повинно. Не можна посилатись на гарантований ефект або терапевтичну ефективність щодо захворювань, які не піддаються або важко піддаються лікуванню. Заборонено зображення «чутливого контенту» та залякування негативними наслідками не вживання продукту, що рекламується [3, с. 104]. Також заборонено говорити про безпечність і відсутність побічних дій від рекламованих засобів. Також в медичній рекламі не можна використовувати рекомендації спеціалістів, медиків (або тих хто їх імітує - люди в білих халатах на екрані), науковців, відомих людей, зірок, героїв кіно і мультфільмів тощо.

За порушення закону медичної реклами відповідальність несуть рекламодавці, виробники та розповсюджувачі реклами. Зазвичай судові позови подають до представників медичного бізнесу (рекламодавців) [4, с. 67]. Їх не знання законів не звільняє від відповідальності та штрафів.

Завдяки вдалій інформативній рекламі ми зможемо збільшити кількість пацієнтів, які отримують кваліфіковані медико-фармацевтичні послуги, через що статистика про здоров'я та якість життя населення матиме кращі результати. Варто звернутися саме до креативної реклами, яка містить багато прихованих плюсів про переваги та можливості сучасної медицини. Саме така реклама розвінчує міфи та стереотипи, і, як наслідок, досягає бажаного результату.

Креативна реклама має містити в собі елементи вдалого гумору: використання жартів, іронії, гіперболи та інших прийомів, щоб розрядити атмосферу, викликати позитивні емоції.

Візуальні ефекти (використання анімації, 3D-моделювання, віртуальної реальності, щоб створити яскраві візуальні образи, які вражають, демонструють роботу та досягнення сучасної медицини), інтерактивність (використання опитувань, чат-ботів, QR-кодів, голосових асистентів, що забезпечує зворотний зв'язок для пацієнтів, які хочуть дізнатися більше про сучасну медицину або зробити перший крок до її використання) та інші креативні техніки.

Найголовніша мета креативної реклами – це привернути увагу аудиторії, створити пам'ятний образ і надати достовірну, виважену, наукову, доказову інформацію!

Список використаних джерел

1. Закон України «Про рекламу» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/270/96-вр#Text>
2. Закон України «Про захист від недобросовісної конкуренції» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/236/96-вр#Text>
3. Заря Світлана. Мистецько-видовищна телевізійна реклама в національно-культурному просторі України початку XXI століття [Текст] : монографія / Світлана Заря. - Київ : ДКС центр, 2021. - 217 с.

4. Мельникович Олена Миколаївна. Зовнішня реклама [Текст] : монографія / О. М. Мельникович, А. С. Крепак ; Київ. нац. торг.-екон. ун-т. - Київ : Київ. нац. торг.-екон. ун-т, 2017. - 219 с.

ТЕХНОЛОГІЧНИЙ ПРОГРЕС ТА ЙОГО ВПЛИВ НА МЕДИЦИНУ МАЙБУТНЬОГО

*Рудько Наталія Петрівна, к. біол.н., ст. викладач,
Іванченко Дмитро Григорович, д.фарм.н., професор,
Крісанова Наталія Вікторівна, к. біол.н., доцент,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Техногенний розвиток суспільства ставить ряд складних завдань, які вирішуються у низці футуристичних проєктів. Медицина, як прогресивна галузь знання, також спирається на футуристичні проєкти. Прогнозування майбутнього було і залишається актуальним для людства за всіх часів. Затребуваність технологічного прогнозування сформувалося у ХХ столітті. Це було викликано насамперед потребою у прогнозуванні змін кліматичних та екологічних процесів у зв'язку з несприятливими впливами науково-технічного прогресу.

Дослідження, пов'язані з медициною майбутнього показують, що на розвиток сучасної людини впливають технічний прогрес, що прискорюється, а також інтеграція сучасних технологій і втручання в її не лише ментальну але й фізичну форму. Технології – це лише інструмент, і лише людина має вирішувати, які наслідки вони нам принесуть. З одного боку, технології та штучний інтелект допомагають нам боротися з пандеміями, рятувати планету та спрощувати будь-які повсякденні завдання. З іншого боку, поширення технологій призводить до залежності від них, маніпуляцій людьми та втратою людяності. Необхідний баланс, при якому люди не перетворяться на роботів, які виконують алгоритми подібно до штучного інтелекту. Здійснюються різні проєкти, що розробляють програмні сервіси, які зчитуватимуть інформацію з мозку людини, виконуватимуть рутинні операції, пропонуючи кращі рішення.

З погляду медицини відбувається процес освоєння майбутнього за допомогою новітніх технологій та останніх розробок. Медицина як прогресивна галузь науки одна з перших впроваджує у практику проєкти майбутнього щодо використання нових препаратів та систем функціонування тіла людини. Наприклад, американські компанії Amazon, JP. Morgan та Berkshire Hathaway спільно вирішили розвивати медичні технології, запустивши незалежну некомерційну організацію, яка займатиметься питаннями інновацій та покращення системи надання медичної допомоги. Американська компанія FitBit і південнокорейська компанія Samsung також запустили роботу над проєктом із врегулювання в галузі «цифрової медицини». Розробки, пов'язані зі штучним інтелектом, допоможуть коректно підбирати лікування та створювати ефективніші препарати. Відкриття нових ліків за допомогою глибокого дослідження та можливість швидко аналізувати хімічний склад препаратів дозволить заощадити на науково-дослідних та дослідно-конструкторських роботах. Керівник фармацевтичної компанії Benevolent AI К. Мелвені вважає, що штучний інтелект переверне світ медичних препаратів. Більше того, на сайті компанії висловлюється думка, що штучний інтелект може зробити з будь-якої людини наукового експерта, навіть якщо вона не медик. Також активно розвиваються проєкти зі створення нанороботів для доставки ліків до організму та точного впливу на уражені клітини. Всі ці інновації в медицині майбутнього прагнуть зробити лікування більш ефективним, персоналізованим та доступним для всіх.

По всьому світу проводяться дослідження, спрямовані на створення нових методів діагностики та лікування, які ґрунтуються на використанні передових технологій. Це включає розробку генної терапії, використання технологій для аналізу медичних даних, створення біоелектронних пристроїв та інші інноваційні підходи.

На сьогоднішній день існують варіативні пристрої для полегшення роботи медиків. Було створено базу даних Pubmed.com (США), що складається з 23 мільйонів документів. Вона заклала основу проєкту "суперкомп'ютер Watson" компанії ІВМ. Підтримка ухвалення медичних рішень була протестована у декількох клініках. З її допомогою лікарі отримують усі необхідні дані щодо діагнозу, захворювання та його лікування за всі роки.

Для поліпшення роботи медичного персоналу, наприклад, використовуються спеціальні окуляри, які дозволяють медсестрам бачити вени, що дозволяє проводити точні ін'єкції у кровonosні судини. Можливості з цими технологіями безмежні. Тисячі хірургічних роботів компанії daVinci

працюють у всьому світі. Це застосування актуальне для районів, де не вистачає лікарів. Лікар контролює робота з іншого міста дистанційно. Інший приклад - телемедична компанія InTouch Health розробляє телемедичного робота для невідкладної допомоги, для віртуальної роботи лікаря.

У медицині майбутнього окрема увага віддана і тяжко хворим пацієнтам. Зараз у медицині з'явилися технології, які дозволяють людям з обмеженими фізичними можливостями використовувати силу думки (розробка компанії Emotiv EPOC Neuroheadset – системи управління комп'ютером по уявних команд людини). Пристрій допомагає знерухомленим пацієнтам соціалізуватися в суспільстві.

Аналіз методологічних та світоглядних результатів сучасних футуристичних досліджень у медицині є важливим кроком на шляху можливостей вивчення майбутнього та вирішення низки завдань щодо покращення життєдіяльності людей.

Медицина майбутнього не тільки спирається на футуристичні проекти, а й сама є двигуном технологічного прогресу. Завдяки інтеграції сучасних технологій та досліджень у галузі штучного інтелекту, медицина продовжує покращувати якість життя людей та вдосконалювати методи лікування різних захворювань.

ВИКОРИСТАННЯ МЕРЕЖЕВИХ ПЛАТФОРМ ДЛЯ РОЗВИТКУ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ У МЕДИЦИНІ

*Слюсарь Микита Юрійович,
здобувач вищої освіти ступеня PhD доктора філософії
спеціальності 073 «Менеджмент»
Інженерного навчально-наукового інституту ім. Ю. М. Потєбні
Запорізького національного університету*

Анотація. Дослідження зосереджене на використанні мережеских платформ для розвитку цифрових технологій у медицині. Аналізуються теоретичні аспекти впровадження цифрових інновацій у галузь охорони здоров'я та їх практичне значення. Особлива увага приділяється електронним медичним записам, телемедицині, аналітиці в охороні здоров'я, використанню Інтернету речей (IoT) та спільнотам для обміну знаннями. Висвітлено теоретичне значення розвитку медичної інформатики та інтеграції наукових даних з різних галузей. Практичний вигляд включає покращення якості медичних послуг, зменшення витрат та оптимізацію ресурсів, що допомагає підвищити доступність медичних послуг та розвивати нові методи діагностики та лікування.

Abstract. The study focuses on the use of network platforms for the development of digital technologies in medicine. The theoretical aspects of the implementation of digital innovations in the field of health care and their practical significance are analyzed. Special attention is paid to electronic health records, telemedicine, healthcare analytics, the use of the Internet of Things (IoT), and knowledge sharing communities. The theoretical significance of the development of medical informatics and the integration of scientific data from various fields is highlighted. The practical view includes improving the quality of health services, reducing costs and optimizing resources, which helps to increase the availability of health services and develop new methods of diagnosis and treatment.

Сучасний світ переживає революцію в цифрових технологіях, яка впливає на всі сфери життя. Мережескі платформи стають каталізаторами цифрової трансформації, перетворюючи не лише способи бізнесу, а й взаємодії людей та урядів. Ця робота розглядатиме важливість цих платформ, їх роль у формуванні нового економічного ландшафту та виклики, які вони ставлять перед сучасним суспільством. Поняття мережеских платформ виходять за межі простого технологічного інструменту та стають стратегічними чинниками економічного зростання. Це дозволяє звертати увагу на те, як цифрові інновації не лише змінюють економічні структури, а й перетворюють способи виробництва, споживання та управління ресурсами, включаючи і сферу медицини. Історія зародження мережеских платформ налічує кілька ключових етапів, що визначили їхні динамічні зміни та еволюцію. Перший етап можна відстежити в кінці 20-го століття, коли розвиток Інтернету і технологій сприяв появі перших онлайн-платформ. Такі спроби об'єднати користувачів для обміну інформацією та ресурсами можна віднести до форумів, де інтерактивність була обмежена, але вже відзначалася спробою створення віртуальної спільноти. Другий етап припадає на середину 2000-х років, коли зростання використання Інтернету призвело до експоненційного розвитку соціальних мереж та онлайн-платформ. Проекти, такі як Facebook, LinkedIn та інші, стали визначальними у формуванні мережеских взаємодій, де користувачі могли об'єднуватися за різними інтересами та цілями.

Цей етап визначений поглибленням соціальної інтеракції та появою нових моделей бізнесу. Третій етап, який ми спостерігаємо на сучасному етапі, полягає в інтеграції мережевих платформ у всі сфери життя та бізнесу. Розмаїття інтернет-платформ, від онлайн-магазинів до хмарних сервісів, дозволяє ефективно об'єднувати людей, ресурси та інформацію. Цей етап характеризується високим рівнем інтеграції, де мережеві платформи стають не лише технічними інструментами, а й стратегічними чинниками розвитку економіки та суспільства в цілому. На етапі перших кроків в розвитку мережевих платформ ключовим фактором була потреба в об'єднанні ресурсів та обміні інформацією. Спроби створення онлайн-середовищ для обговорення та обміну ідеями можна відзначити у 1980-1990-х роках, коли виникали перші електронні конференції та форуми. Ці платформи створювали нішу для взаємодії, проте їхні можливості були обмеженими порівняно з тим, що маємо сьогодні. З поширенням Інтернету на початку 2000-х років спостерігалось активне формування онлайн-спільнот та ресурсів. Наприклад, платформи, спрямовані на створення особистих веб-сайтів, блогів та інших онлайн-вмісту, відкрили нові можливості для самовираження та взаємодії [1]. Мережеві платформи грають ключову роль у трансформації сектора охорони здоров'я, надаючи нові можливості для доступу до медичних послуг та обміну інформацією між пацієнтами та провайдером. Електронні медичні записи та платформи для здоров'я дозволяють пацієнтам отримувати доступ до своєї медичної інформації в реальному часі, сприяючи інформованому рішенню щодо їхнього здоров'я. Онлайн-консультації та телемедицина стають все більш поширеними, дозволяючи пацієнтам звертатися за консультаціями та отримувати медичний супровід без прив'язки до географічного розташування. Це особливо актуально в умовах глобальних криз, коли важлива віддалена медична підтримка. Блокчейн-технології також вносять свій внесок у галузь охорони здоров'я, забезпечуючи безпеку та надійність медичної інформації, а також управління медичними даними. Однак, разом з перевагами, виникають і виклики, такі як необхідність забезпечення конфіденційності пацієнтської інформації, забезпечення кібербезпеки та розробка ефективних систем взаємодії між різними медичними платформами. Мережеві платформи значно покращують ефективність та доступність медичних послуг, однак вимагають уваги до аспектів безпеки та приватності для успішної інтеграції в сектор охорони здоров'я. Використання мережевих платформ для розвитку цифрових технологій у медицині має значний потенціал для покращення якості надання медичних послуг, підвищення ефективності лікування та сприяння інноваційному розвитку галузі. Мережеві платформи дозволяють створювати та обмінюватися електронними медичними записами. Це сприяє швидшому доступу до інформації про пацієнта для медичного персоналу, покращує координацію догляду та зменшує ймовірність помилок. Мережеві платформи дозволяють впроваджувати телемедичні послуги, що дозволяє пацієнтам отримувати консультації та медичний догляд на відстані. Це особливо важливо в умовах віддалених регіонів або під час епідемій. Використання мережевих платформ дозволяє обробляти великі обсяги даних для аналізу та прогнозування трендів у сфері охорони здоров'я. Це може допомогти у вдосконаленні стратегій лікування, розробці нових методів діагностики та управлінні ресурсами. Застосування IoT у медицині, яке базується на мережевих платформах, дозволяє збирати дані з медичних пристроїв та сенсорів, що допомагає у реальному часі відстежувати стан пацієнтів, контролювати хронічні захворювання та вчасно реагувати на можливі ускладнення. Спільноти для обміну знаннями та досвідом: Мережеві платформи також сприяють створенню великих спільнот медичних фахівців, де можна обмінюватися знаннями, досвідом та найкращими практиками. Це сприяє швидкому впровадженню нових технологій та методів лікування. Загалом, використання мережевих платформ дозволяє збільшити доступність медичних послуг, поліпшити координацію догляду, зменшити витрати та сприяти інноваційному розвитку в галузі медицини. Однак важливо враховувати аспекти безпеки та конфіденційності даних для забезпечення успішного впровадження цифрових технологій в охороні здоров'я. Використання мережевих платформ для розвитку цифрових технологій у медицині має значний потенціал для покращення якості надання медичних послуг, підвищення ефективності лікування та сприяння інноваційному розвитку галузі. Мережеві платформи дозволяють створювати та обмінюватися електронними медичними записами. Це сприяє швидшому доступу до інформації про пацієнта для медичного персоналу, покращує координацію догляду та зменшує ймовірність помилок. Мережеві платформи дозволяють впроваджувати телемедичні послуги, що дозволяє пацієнтам отримувати консультації та медичний догляд на відстані. Це особливо важливо в умовах віддалених регіонів або під час епідемій. Використання мережевих платформ дозволяє обробляти великі обсяги даних для аналізу та прогнозування трендів у сфері охорони здоров'я. Це може допомогти у вдосконаленні стратегій лікування, розробці нових методів діагностики та управлінні ресурсами. Застосування IoT у

медицині, яке базується на мережевих платформах, дозволяє збирати дані з медичних пристроїв та сенсорів, що допомагає у реальному часі відстежувати стан пацієнтів, контролювати хронічні захворювання та вчасно реагувати на можливі ускладнення. Мережеві платформи також сприяють створенню великих спільнот медичних фахівців, де можна обмінюватися знаннями, досвідом та найкращими практиками. Загалом, використання мережевих платформ дозволяє збільшити доступність медичних послуг, поліпшити координацію догляду, зменшити витрати та сприяти інноваційному розвитку в галузі медицини. Однак важливо враховувати аспекти безпеки та конфіденційності даних для забезпечення успішного впровадження цифрових технологій в охороні здоров'я. Розвиток цифрових технологій у медицині: Вивчення використання мережевих платформ для розвитку цифрових технологій у медицині вносить вагомий внесок у теоретичний аспект розвитку медичної інформатики. Дослідження дозволяє розуміти, як нові технології можуть трансформувати процеси надання медичних послуг та управління здоров'ям. Аналіз використання мережевих платформ дозволяє розробляти оптимальні стратегії управління медичними ресурсами, сприяти координації догляду та підвищення якості медичного обслуговування. Впровадження цифрових технологій через мережеві платформи дозволяє підвищити точність діагностики, швидкість реакції на екстрені випадки та ефективність проведення медичних процедур. Автоматизація та оптимізація медичних процесів за допомогою мережевих платформ може сприяти зменшенню витрат на управління та підтримку системи охорони здоров'я. Аналіз даних, отриманих через мережеві платформи, сприяє розвитку нових методів діагностики та лікування захворювань, що може покращити ефективність медичного втручання. Теоретичне та практичне значення теми полягає в розвитку наукових підходів до впровадження цифрових технологій у медичну практику та в реальному покращенні якості медичного обслуговування [2].

Список використаних джерел

1. Слюсарь М. Ю. Еволюція хмарних технологій в IT-індустрії та їх використання у менеджменті. Економіко-правові дискусії : матеріали III Міжнародної науково-практичної Інтернет-конференції студентів, аспірантів та науковців, 30 квітня 2022 р. Кропивницький : ЛА НАУ, 2022. С. 129–131.
2. Слюсарь М. Ю. Еволюція розвитку всесвітньої павутини інтернет. Актуальні проблеми сучасної філософії та науки: виклики сьогодення : зб. наук. праць / редкол. М. А. Козловець, Л. В. Горохова, О. В. Чаплінська та ін. Житомир : Видавничий центр ЖДУ імені Івана Франка, 2022. С. 104–107.

БІОФАРМАЦЕВТИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ: ВПЛИВ ТА ЗАСТОСУВАННЯ У ВИРОБНИЦТВІ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ

*Трашков Володимир Дмитрович,
здобувач вищої освіти ступеня PhD доктора філософії
спеціальності 073 «Менеджмент»
Інженерного навчально-наукового інституту ім. Ю. М. Потєбні
Запорізького національного університету*

Анотація. Дослідження присвячено вивченню біофармацевтичних технологій та їх ролі у виробництві лікарських засобів. Акцент робиться на використанні біологічних систем для отримання біологічних лікарських препаратів, таких як білки, антитіла, та інші біотехнологічно важливі компоненти. У роботі розглядаються ключові аспекти біотехнологій, генної інженерії, клітинної культури, та інших методів, що дозволяють оптимізувати виробництво та поліпшити характеристики лікарських засобів. Результати роботи можуть висвітлити перспективи та важливість використання біологічних систем у фармацевтиці, сприяючи розвитку нових методів лікування та покращанню якості медичних засобів.

Abstract. The study is devoted to the study of biopharmaceutical technologies and their role in the production of medicines. Emphasis is placed on the use of biological systems to obtain biological drugs, such as proteins, antibodies, and other biotechnologically important components. The work considers key aspects of biotechnology, genetic engineering, cell culture, and other methods that allow optimizing production and improving the characteristics of medicinal products. The results of the work can highlight the prospects and importance of using biological systems in pharmaceuticals, contributing to the development of new treatment methods and improving the quality of medical products.

Біофармацевтичні технології є галуззю фармацевтичної науки і техніки, яка вивчає використання біологічних систем та організмів для виробництва лікарських засобів. Ці технології включають в себе використання біотехнологій, генної інженерії, клітинної культури та інших методів, щоб виробляти ліки, що мають біологічний початок. Біотехнології (Біотехніка) - галузь, яка використовує живі організми, клітини та біологічні системи для розробки та виробництва продуктів і технологій. У біофармацевтиці біотехнології використовуються для виробництва біологічних лікарських засобів, таких як білки та антитіла. Це галузь біотехнології вивчає і використовує молекулярні техніки для маніпулювання генетичним матеріалом. У біофармацевтиці генна інженерія використовується для введення нових генів або модифікації існуючих генів у мікроорганізми або клітини з метою виробництва бажаного продукту. Це метод вирощування клітин у штучних умовах за допомогою спеціальних поживних середовищ. В біофармацевтиці клітинна культура використовується для вирощування клітин, які виробляють біологічні продукти, такі як протеїни та вірусні частинки. У біофармацевтиці моноклональні антитіла використовуються як ліки або інструменти для дослідження, їх можна отримати за допомогою біотехнологій. Це метод лікування, який використовує генетичні технології для введення або корекції генетичного матеріалу в клітини пацієнта. У біофармацевтиці терапія генами може використовуватися для лікування генетичних захворювань. Ці технології представляють собою основу для виробництва біологічних лікарських засобів та є ключовими елементами біофармацевтичного виробництва. Вони дозволяють отримати більш ефективні та специфічні ліки, розвивати нові методи лікування та профілактики захворювань [1].

Основні аспекти біофармацевтичних технологій включають: 1) Використання організмів, клітин або біомолекул для виробництва лікарських засобів. Це може включати в себе використання мікроорганізмів, які виробляють потрібні біологічні речовини. 2) Зміна генетичної інформації організмів для отримання бажаного продукту. Це може включати введення нових генів або модифікацію існуючих для покращення виробництва лікарських речовин. 3) Вирощування клітин у штучних умовах для отримання біологічних продуктів, таких як білки чи антитіла. Цей метод дозволяє отримати більше контролю над умовами вирощування і отримання високоякісних продуктів. 4) Виробництво антитіл, які можуть бути використані для лікування різних захворювань. Це може включати в себе використання генної інженерії та клітинної культури. 5) Розробка та виробництво вакцин, які базуються на біологічних компонентах для запобігання захворювань. 6) Рекombінантна ДНК-технологія - це важливий аспект біофармацевтичних технологій, яка включає в себе використання рекombінантних методів для створення ДНК з новими комбінаціями генів. Це може бути використано для отримання генетично модифікованих організмів, що виробляють бажані біологічні продукти. 7) Застосування генетичної технології для лікування або корекції генетичних хвороб. Це включає в себе введення змін в генетичний матеріал пацієнта для лікування конкретного захворювання. 8) Використання генетичних та молекулярних даних пацієнта для розробки індивідуалізованих методів лікування та вибору оптимальних лікарських засобів. 9) Використання наноматеріалів та наночастинок для розробки нових лікарських форм, які можуть забезпечити кращу доставку лікарських речовин та підвищити їх ефективність. 10) Розробка нових методів для виявлення хвороб та моніторингу стану здоров'я за допомогою біосенсорів та біологічних маркерів. Біофармацевтичні технології відіграють ключову роль у сучасній медицині, дозволяючи створювати більш ефективні та специфічні ліки, розвивати нові методи лікування та профілактики захворювань. Біофармацевтичні технології є важливим інструментом у сучасній медицині, дозволяючи розвивати інноваційні та ефективні методи лікування, забезпечуючи шляхи для розвитку нових класів лікарських засобів. Ці технології відкривають нові перспективи для розвитку персоналізованої медицини, у контексті якої лікування може бути адаптоване до індивідуальних характеристик кожного пацієнта. Медична галузь постійно розвивається, існують численні перспективи, які можуть вплинути на її майбутній розвиток. Найбільш значущі перспективи для медицини: 1) Геномна медицина та терапія генами, що включає збільшення розуміння генетичних механізмів захворювань і веде до розвитку генетично орієнтованих методів діагностики та лікування. Терапія генами може надати можливість лікувати генетичні хвороби та покращувати ефективність лікування інших захворювань. 2) Імунотерапія, в основі якої розробка нових методів зміцнення імунної системи для боротьби з різними видами раку та інших хвороб. Імунотерапія може змінити парадигму лікування і покращити прогноз для пацієнтів. 3) Штучний інтелект та машинне навчання, в основі якого використання аналітичних та прогностичних можливостей штучного інтелекту для діагностики, прогнозування захворювань, розробки нових ліків і вдосконалення управління медичними даними. 4) Персоналізована медицина, в основі якої розвиток та впровадження методів лікування та діагностики, які враховують індивідуальні

характеристики пацієнта. 5) Використання технологій для дистанційного моніторингу та надання медичної допомоги, що може полегшити доступ до медичних послуг та поліпшити управління хворобами. 6) Використання обчислювальних методів для обробки та аналізу великих обсягів біологічних даних, що допомагає в розумінні складних молекулярних взаємодій та розвитку нових методів діагностики та лікування.

Ці перспективи свідчать про те, що медицина продовжує розвиватися в напрямку більш інноваційних, ефективних та індивідуалізованих методів лікування та діагностики. Концепція теми може бути уточнена та розширена за рахунок концепційних ідей для розробки теми: 1) Аналіз фундаментальних біологічних процесів, які лежать в основі виробництва лікарських засобів. 2) Вивчення впливу біотехнологій та генної інженерії на оптимізацію виробництва ліків. 3) Розгляд різноманітних біологічних систем, таких як клітинні культури, мікроорганізми, тваринні клітини у виробництві лікарських засобів. 4) Оцінка ефективності та вибір оптимальних біологічних моделей для конкретних лікарських препаратів. 5) Розвідка сучасних досягнень в генній інженерії та її вплив на виробництво біологічних лікарських засобів. 6) Розгляд етичних питань та викликів, пов'язаних з генною інженерією у фармацевтиці. 7) Дослідження новітніх технологій та інновацій, що впливають на біофармацевтичну промисловість. 8) Визначення перспектив для майбутнього розвитку та удосконалення процесів виробництва. 9) Розгляд ролі біофармацевтики у виборі та розробці персоналізованих лікарських засобів. 10) Аналіз тенденцій персоналізованої медицини та взаємодії з біофармацевтичними технологіями. Тема є дуже важливою і актуальною в галузі фармацевтики і біотехнологій. Дослідження біофармацевтичних технологій дозволяє глибше зрозуміти функціонування біологічних систем, таких як клітини, гени, білки і інші біологічні механізми, які можна використовувати для виробництва лікарських засобів. Дослідження у цій галузі сприяє розвитку нових технологій і методів в біотехнології, що відкриває шляхи до створення більш ефективних і безпечних медикаментів. Дослідження біофармацевтичних технологій допомагає розуміти молекулярні механізми хвороб, що може призвести до розробки нових методів профілактики та лікування, сприяє вдосконаленню наукових знань у галузі фармацевтики та біотехнологій, що є основою для подальшого розвитку цих сфер. Застосування біологічних систем у виробництві лікарських засобів дозволяє отримувати біологічні препарати, такі як моноклональні антитіла, біотехнологічно вироблені білки. Використання біофармацевтичних технологій може покращити ефективність та безпеку лікарських засобів, оскільки вони базуються на природних біологічних процесах, дозволяє створювати ліки, які враховують індивідуальні особливості пацієнтів, що веде до розвитку персоналізованої медицини. Біофармацевтичні технології часто використовуються для створення ліків для лікування рідкісних захворювань, для яких раніше було складно розробляти ефективні засоби, що сприяє розвитку нових лікарських засобів та покращенню методів їх виробництва [2].

Список використаних джерел

1. Трашков В.Д., Нікітенко В.О. Вплив цифрових технологій на сферу медичних організацій та установ. Стратегічні пріоритети розвитку підприємництва, торгівлі та біржової діяльності: матеріали IV-ої Міжнародної науково-практичної конференції, 10-11 травня 2023 року / За заг. редак. проф. Ткаченко А.М. – Запоріжжя : НУ «Запорізька політехніка», 2023. С.181-185
2. Трашков Володимир. Інноваційні цифрові технології у сфері цифрової медицини *Managerial, social and technological innovations – the basis of the public good = Vadybinės, socialinės ir technologinės inovacijos – visuomenės gerovės pagrindas : tarptautinės mokslinės – praktinės konferencijos tezių rinkinys. Lithuania Marijampolė, Marijampolės kolegija, 2023.С.79-80.*

КУЛЬТУРОЛОГІЧНІ ТА МИСТЕЦТВОЗНАВЧІ НАВЧАЛЬНІ ДИСЦИПЛІНИ В ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ В УКРАЇНСЬКИХ ЗВО

*Троценко Олексій Володимирович
старший викладач,
кафедра суспільних наук ХНМУ*

В структурі навчальних планів українських медичних ЗВО дисципліни культурологічного та мистецтвознавчого характеру включені, як правило, в якості вибіркового освітнього компонента. Тобто, вони не є обов'язковими до вивчення студентами-медиками. У той же час, ми вважаємо, що значення дисциплін вказаного вище характеру у справі підготовки майбутніх лікарів в умовах реалій

України значно підвищилося. В першу чергу, через зростання масштабу проблем пов'язаних з ПТСР внаслідок бойових дій та ураження значної кількості населення України. Наукові дослідження і практичні результати в медицині, отримані на початку XXI століття переконливо свідчать, що одним з найефективніших засобів у роботі з пацієнтами, які відчувають ПТСР є різноманітні техніки арт-терапії, тобто, лікування засобами мистецтва. Саме тому, навчальні дисципліни культурологічного напрямку можуть виступити потужним ресурсом не лише надання допомоги студентам-медикам, які самі відчувають наслідки посттравматичного синдрому, але й допомогти у формуванні серед майбутніх лікарів необхідних компетентностей для роботи з різними категоріями населення, які відчувають вплив синдрому. Крім того, слід звернути увагу на механізми підвищення ефективності викладання даних дисциплін, зокрема, активне залучення організаційних структур студентського самоврядування медичних ЗВО.

Вибіркові навчальні дисципліни присутні в українському освітньому просторі вже майже 20 років, але по своїй справжній сутності у більшості ЗВО почали використовуватися порівняно недавно. Впровадження вибіркового компоненту було спричинене накопиченням великого обсягу інформації, яку вже неможливо було втиснути в рамки базових навчальних дисциплін. Крім того, динамічний розвиток сфери знань супроводжується періодичним оновленням навчальної і наукової інформації, що вимагає оперативного реагування на такі зміни і своєчасного створення відповідних навчальних програм. Змінилися і акценти на систему підготовки фахівців, які тепер скеровуються на врахування індивідуальності кожного здобувача знань і передбачають формування індивідуальної навчальної траєкторії.

Наразі, функціонування вибіркового компоненту відображається в тому, що понад 25% предметів із загальної кількості навчальних дисциплін ЗВО студенти обирають на власний розсуд, відповідно до своєї індивідуальної навчальної траєкторії [1, с. 3]. Протягом семестру кількість вибірових дисциплін на кожного здобувача освіти становить від 1 до 5 предметів. Вибіркові предмети викладаються поряд із обов'язковими, базовими дисциплінами в сітці розкладу кожного ЗВО, тобто, протягом аудиторного навчального часу студента.

Сильною стороною вибірових дисциплін є можливість забезпечення оперативного реагування на зміни в освітньому просторі. Той чи інший вибіровий предмет може створюватися як авторський курс і має можливість для коригування своєї програми з урахуванням зміни в професійних потребах студентів. Кожного навчального року кафедри мають право коригувати перелік своїх вибірових дисциплін або вносити зміни в навчальні програми вже існуючих. Саме ця обставина дозволяє, наприклад, кафедрам суспільно-гуманітарного блоку запропонувати курси, де можуть міститися теми важливі для набуття необхідних компетентностей в роботі з потерпілими від ПТСР. В першу чергу, це матеріал для розкриття базових знань з культурології та мистецтвознавства. Справа в тому, що процесі отримання медичної освіти студенти-медики мають змогу ознайомитися з інформацією для роботи з потерпілими від посттравматичного синдрому лише в рамках предмета «Медична психологія» та «Психіатрія, наркологія» які викладаються більше з позицій психіатрії. Культурно-мистецька складова тут вивчається лише як побічний матеріал, що значно збіднює можливості студента по освоєнню цієї справи [2, с. 9].

Особливо це важливо для студентів – активістів, які беруть участь у різноманітних волонтерських проектах від студентських самоврядних організацій. Не секрет, що саме волонтери в найбільшій мірі сприяють поширенню корисних знань серед потерпілих категорій населення. Знайомство студентів з мистецьким матеріалом дозволить допомогти у підготовці членів волонтерських команд, груп медіа-забезпечення, мистецько-естетичного і спортивного розвитку, команд по організації проведення масових арт-терапевтичних акцій тощо.

Вибіркові предмети містять досить великий об'єм навчального часу, який можна розглянути в якості часового ресурсу при підготовці і проведенні проектних заходів. Наприклад, для спеціальності 222 «Медицина» на 1 курсі передбачена вибіркова дисципліна «Культурологія», яка містить 10 лекційних годин і 20 семінарських годин, на 3 курсі по дисципліні «Медицина і художня культура» передбачено 10 лекційних годин і 20 семінарських годин [2, с. 10-13]. Цього часу цілком достатньо для отримання значного масиву знань мистецького характеру, та для набуття конкретних навичок студентами-медиками, які можуть стати волонтерами для проведення ними арт-терапевтичних заходів.

Розглядаючи питання про можливість вибіркового дисциплінарного спрямування для масштабування серед студентів-медиків знань в роботі з ПТСР можна навести наступні підрахунки. Наприклад, на перших курсах 5 вітчизняних факультетів ХНМУ навчаються близько 500 студентів, і всі вони повинні пройти навчання на вибіркового предметах. Теоретично, всі ці 500 студентів можуть пройти через серію мистецьких майстер-класів і тренінгів, різноманітних заходів, в тому числі, організованих і проведених за участю студентського самоврядування. Це не лише дозволить провести арт-терапевтичну роботу з послаблення впливу ПТСР серед самих студентів, але й збільшуються шанси виявити серед цієї маси здобувачів освіти активних особистостей, які виявлять бажання займатися даною справою та увійдуть до складу різноманітних проектних команд студентського самоврядування вже у якості організаторів з різних напрямків діяльності. На старших курсах, теж в рамках вибіркового предметів, можна передбачити своєрідне тематичне удосконалення для набуття студентами більш складних компетентностей, що дозволить підняти рівень подібних студентських проектів і якість їх виконання.

Значні переваги для даної справи надає залучення студентського самоврядування до організації викладання дисциплін з культурологічним і мистецтвознавчим контентом. В останні роки студентські самоврядні організації отримали потужний імпульс для розвитку і мають доволі суттєві можливості для залучення різноманітних організацій та окремих відомих фахівців до роботи зі студентами. В рамках навчальної дисципліни студентське самоврядування отримує такі корисні для своєї справи можливості як: зручний час і локацію для проведення серії майстер-класів чи заходів в інших форматах, на які можна запросити відомих фахівців і провести своєрідне «тематичне» підвищення кваліфікації членів своїх груп активістів. Крім того, частину даного академічного часу можна використати на підготовку і проведення певного заходу підготовленою командою волонтерів без витрачання особистого часу. У підсумку, самоврядування отримує можливість і зручний час для набуття своїх членів необхідними компетентностями, а викладач дисципліни отримує більш різноманітне і потужне наповнення свого навчального курсу, що дозволить підняти його особистий і кафедральний рейтинг.

В ХНМУ ми вже почали апробацію даної ідеї. Наприклад, у весняному семестрі 2023-2024 навчального році на кафедрі філософії та суспільних наук ми намагаємося реалізувати цю ідею зі студентами 1-3 курсів III медичного факультету спеціальності «Медицина». В якості пілотних вибіркового предметів виступили «Культурологія» на 1 курсі (обрали 35 студентів) та «Медицина і художня культура» на 3 курсі (обрали 71 студентів). По кожному з вказаних предметів спільно з викладачами кафедри було узгоджено вивчення певної тематики і заплановано проведення тренінгів. Зокрема, в ході вивчення предмета «Медицина і художня культура» вже передбачено проведення майстер-класів і тренінги з арт-терапії, які будуть проводити запрошені професійні фахівці. Набуті навички студенти спробують застосувати у волонтерській роботі з дітьми-пацієнтами дитячого протитуберкульозного і психоневрологічного санаторіїв та спеціалізованих класів для дітей з особливостями розвитку при навчально-виховних комплексах м. Харкова. Отримані результати своєї роботи наші студенти планують оформити у вигляді міні-наукового дослідження з публікацією на одній з наукових конференцій.

Отже, сучасність потребує швидкої адаптації та постійного підвищення soft skills для забезпечення конкурентоспроможності майбутніх фахівців, як в період їх навчання, так і в подальшому житті кожної людини. Залучення вибіркового навчального компоненту надає додаткові можливості плідної та взаємовигідної співпраці між гуманітарними кафедрами медичних ЗВО та студентським самоврядуванням. Перевагами вибіркового дисциплінарного є здатність швидкого реагування на вимоги сьогодення, можливість для викладачів не шаблонного підходу до досягнення своєї педагогічної місії.

Список використаних джерел

1. ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА «Медицина» другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 222 Медицина галузі знань 22 Охорона здоров'я Освітня кваліфікація: Магістр медицини Професійна кваліфікація: лікар. URL: https://knmu.edu.ua/wp-content/uploads/2022/08/op_med2022.pdf (дата звернення: 30.01.2024)
2. СИЛАБУС НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ. Медична психологія. URL: <https://knmu.edu.ua/vybirkovyi-komponenty-br-op-soczialna-roboty-bakalavr-2020-br-2-j-kurs/> (дата звернення: 30.01.2024)

ПОТЕНЦІАЛ ВИКОРИСТАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ У ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ ТА АКАДЕМІЧНА ДОБРОЧЕСНІСТЬ

*Уварова Олена Олександрівна, к.і.н., доцент,
доцент кафедри суспільних наук,
Пастухов Олександр Олександрович,
здобувач 3 курсу медичного факультету № 1,
Одеський національний медичний університет*

Початок XXI ст. характеризується розвитком додаткової реальності та автоматизації складних процесів за допомогою використання алгоритмів машинного навчання та, як наслідок, штучного інтелекту. Зростає рівень використання та популярності телемедицини [4]. За умов дефіциту медичних кадрів це можливість не тільки збільшити ефективність надання медичних послуг [1], а ще й компенсувати втрати та знизити тиск на економічну сферу. Але нові технології, особливо пов'язані з нейромережами, з'являються щодня та ще не пройшли перевірку часом. Така ситуація вимагає наявності фахівців високої кваліфікації для роботи з програмним забезпеченням. За відсутності такої умови технологія штучного інтелекту буде видавати бажані факти за дійсні, та, маючи статистичні проблеми між кореляцією та причинами у дослідженнях, ризик отримання ненадійних даних збільшується, що є дуже критичним при наданні медичних послуг. Проблемною може стати і ситуація збереження персональних даних [7].

Зараз, найпопулярнішим сервісом штучного інтелекту серед українців є "Chat GPT" [3], але точність результату отриманих даних залежить від коректності формування запиту, а результат не завжди є істинним [10]. Одночасно з цим більше 76 % українців довіряють цій технології [2], але більшість немає профільної освіти чи певних курсів щодо праці зі штучним інтелектом. Та тим не менш, у штучного інтелекту є потенціал використання в медичній сфері для навчання і наукових досліджень.

Важливим у застосуванні штучного інтелекту є зниження навантаження на систему охорони здоров'я через делегування обробки статистичних даних та точнішу кореляцію між ними [8]. Це, в свою чергу, уточнює діагноз в клінічній практиці лікаря, результати наукових досліджень у медицині та, навіть, може взяти на себе навантаження рутинних завдань працівників закладів освіти, вивільнивши більше часу для безпосередньо освітнього процесу. Перевагою правильного шляху застосування штучного інтелекту є підвищена об'єктивність оцінювання здобувачів вищої медичної освіти. Різні методи дослідження з використанням нейромереж можуть допомогти аналізувати точність виконання алгоритмів практичних навичок на таких екзаменах як ОСКІ, навіть за відеозаписом, що вирішує багато спірних питань щодо оцінювання.

Здобувачі вищої медичної освіти проходять невеличкий курс щодо комп'ютерної інформатики та вибіркові дисципліни, але цього недостатньо для повноцінної роботи з цією технологією, щоб підтримувати конкурентоспроможність на світовій арені. Для цього фахівцю потрібно знати декілька мов програмування та вміти використовувати алгоритм заради машинного навчання [9], особливо, коли це торкається отримання точних даних, наприклад, при медичних дослідженнях. Щоб збільшити інформаційну грамотність та ефективність використання програмного забезпечення на основі нейромереж, треба ввести до базової програми вищої медичної освіти дисципліни для отримання навиків програмування та аналізу даних у медичних дослідженнях. Для успішного оволодіння технологіями штучного інтелекту будуть корисними методично-консультативні заходи (тренінги, майстер-класи, вебінари), організовані закладами освіти або іншими установами. Важливим є правильне впровадження нових технологій та підвищення інформаційної грамотності населення. Зараз, в Україні ще не використаний потенціал штучного інтелекту у сфері охорони здоров'я [1], тому треба звертати увагу на проблеми, які можуть виникнути, та своєчасно попередити їх.

Переваги, які несе штучний інтелект для викладача, це: можливість створення індивідуальних завдань, швидкий аналіз оцінювання, укладання планів, розробка завдань. Здобувачі, у свою чергу, можуть використовувати його задля можливості адаптації під свій темп навчання, у тому числі, за допомогою електронного тьютора. Університетські підрозділи можуть за його допомогою проводити статистичні підрахунки, укладати плани, розклади. Продуктивним він є у наукових дослідженнях з великими емпіричними базами і вже показує здатність визначати ризики захворювань. Найпростішим завданням стане бібліографічний пошук.

Впровадження цієї технології в освітню сферу потребує і певного програмного забезпечення, і належного рівного знань, проте важливим питанням є доброчесність використання штучного інтелекту заради запобігання фальсифікації даних досліджень та результатів освіти [5]. Нові технології - це нові можливості, але супутнє технічно-правове регулювання потрібно для

розвитку їх у правильному напрямку. Здобувачі мають використовувати штучний інтелект для навчання і досліджень, а не замінювати ним навчання. Академічною та викладацькою спільнотами ставляться питання можливості задіяння штучного інтелекту у виробленні, так скажімо, свого інтелектуального продукту – який обсяг участі технологій не завадить вважати написаний реферат, наукове відкриття, опублікований підручник тощо своїм авторським. На сьогодні це виклик, на який необхідно надати зважену відповідь.

Грамотне використання штучного інтелекту в медичній практиці підвищило точність діагнозу більше ніж на 90 % [11], що знижує значимість людського фактору лікаря у повсякденній практиці. Але не всі категорії пацієнтів згодні до лікування та діагнозу, який був отриманий за допомогою штучного інтелекту [6]. Для медичної сфери важливим є емоційний контакт, а в багатьох випадках – швидкість реакції. Сподівання, що технології будуть завжди поряд з лікарем, а уявлення, що це допоможе у наданні медичної допомоги, можуть створювати у здобувачів-медиків хибні сподівання поклатися на гаджет, який видасть правильну відповідь. За невідкладного стану лікар має швидко приймати рішення, тому особисті знання і навички набагато важливіші, а от здобувати їх, звичайно, можна і за допомогою штучного інтелекту. Медицина – сфера етична, правильна комунікація – її особливість, тому необхідно пам'ятати, що штучний інтелект не завжди може врахувати особливості культурні, релігійні, ментальні. Окрім того, пацієнти бажають лікуватись у реального лікаря, ніж у програмного обладнання, що обумовлює необхідність особистої комунікації.

Зрозуміло, що технології розвиваються, і в умовному завтра ми будемо ставити нові питання. Але вже сьогодні необхідно вирішувати наявні завдання.

Список використаних джерел

1. Висоцький А. А., Суріков О. О., Василюк-Зайцева С. В. Розвиток штучного інтелекту в сучасній медицині. *Український медичний часопис*. 2023. № 2 (154) – III/IV. Режим доступу: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-241221-rozvitok-shtuchnogo-intelektu-v-suchasnij-meditsini>
2. I вабить, і страшить: рік буму довкола ШІ [Дослідження Kantar Україна]. Режим доступу: <https://www.kantar.com/ua/inspiration/consumers/ai-in-ukraine>
3. Результати всеукраїнського дослідження про перспективи ШІ в загальній середній освіті [Новини МОН України]. Режим доступу: <https://mon.gov.ua/ua/news/rezultati-vseukrayinskogo-doslidzhennya-pro-perspektivi-shi-v-zagalnij-serednij-osviti>
4. Як розвивається телемедицина в Україні: підсумки й плани на 2024 рік [Новини МОЗ України]. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/news/jak-rozvivaetsja-telemedicina-v-ukraini-pidsumki-j-plani-na-2024-rik>
5. Elali F. R., Rachid L. N. AI-generated research paper fabrication and plagiarism in the scientific community. *Patterns*. 2023. Vol. 4, № 3. Режим доступу: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666389923000430>
6. Ikkataia Y. et al. Octagon measurement: public attitudes toward AI ethics. *International Journal of Human-Computer Interaction*. 2022. Vol. 38(5). Режим доступу: <https://doi.org/10.1080/10447318.2021.2009669>
7. Khan B. et al. Drawbacks of Artificial Intelligence and Their Potential Solutions in the Healthcare Sector. *Biomed Mater Devices*. 2023. Feb. Режим доступу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9908503/>
8. Mir M. M. et al. Application of Artificial Intelligence in Medical Education: Current Scenario and Future Perspectives. *J Adv Med Educ Prof*. 2023. Vol. 11, № 3. P. 133-140.
9. Morton C. E. et al. Computer Programming: Should Medical Students Be Learning It. *JMIR Med Educ*. 2019. № 5(1). Режим доступу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6450476/#:~:text=Conclusions,health%20care%20delivery%20and%20research>
10. Rozear H., Park S. ChatGPT and Fake Citations. Режим доступу: <https://blogs.library.duke.edu/blog/2023/03/09/chatgpt-and-fake-citations/>
11. Zeltzer D. et al. Diagnostic Accuracy of Artificial Intelligence in Virtual Primary Care. *Mayo Clinic Proceedings: Digital Health*. 2023. Vol. 1, № 4. P. 616-618.

Замовлення № 10 012. Тираж 100 примірників
Видавництво Запорізького державного медико-фармацевтичного університету,
м. Запоріжжя, пр.-т Маяковського, 26