

На це накладаються дефекти волі. Вони можуть бути постійними і тимчасовими. Вольовий супротив знижують психічні травми, стреси. Намагаючись уникнути негативних переживань, людина легко піддається маніпуляціям, які полегшують її стан. Для таких людей добре діє прийом «огортання любов'ю», коли члени секти демонструють безумовне прийняття і тотальну симпатію до жертви і різко позбавляють її уваги, коли вона намагається вийти з організації або хоча б виражає сумніви у правильності дій гуру. З цієї ж причини люди із залежностями, що апіорі мають слабку вольову регуляцію також легко потрапляють у тоталітарні організації, вони просто підмінюють один тип залежності на інший.

Додатково можна виділити ще пошук вражень, сенсу життя, це пояснює широке залучення молоді, у яких ці потреби дуже виражені. Також можна припустити, що представники деяких типів акцентуацій, наприклад, застрягачого та тривожного, теж більше схильні до таких залежностей, але це припущення потребує додаткової емпіричної перевірки.

Література

1. Дворкин А.Л. Сектоведение: тоталитарные секты. Опыт систематического исследования. Нижний Новгород : Издательство братства во имя св. князя Александра Невского, 2002. 998 с.
2. Леоненко Т.Є. «Нові релігійні групи» (тоталітарні секти) як структурна основа поширення релігійного кримінального фанатизму. Держава та регіони. Серія «Право». 2014. № 2 (44). с. 88-92.
3. Луценко І.Г. Тоталітарні секти: поняття і ознаки. Вісник ХНУВС. 2013. №4(63). с. 236-243.
4. И.Г. Малкина-Пых Психология поведения жертвы. Справочник практического психолога. Москва : ЭКСМО, 2006.1008 с.

УДК. 351.84:616-093.75

ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА В УКРАЇНІ У ПОСТТОТАЛІТАРНУ ЕПОХУ: ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ І СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ

**Андрій Вергун, Ярослав Чуловський, Оксана Мощинська,
Оксана Марко, Володимир Кітик, Оксана Вергун,
Михайло Литвинчук, Анна Фостяк, Василь Кульчицький**

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Комунальне некомерційне підприємство «4-а міська клінічна лікарня м. Львова»*

У статті простежено проблеми розвитку паліативної допомоги в Україні у посттоталітарну (пострадянську) епоху. Проаналізовано і охарактеризовано особливості надання комплексної допомоги пацієнтам у термінальних стадіях захворювань або за умови обмеженого прогнозу життя за наявності поліморбідності та коморбідних станів, полегшення страждань завдяки ранньому виявленню і точному діагностуванню симптомів, болю та розладів життєдіяльності, проведення адекватних лікувальних заходів, симптоматичної (ад'ювантної) терапії та догляду, надання психологічної, соціальної, духовної та моральної підтримки незалежно від захворювання, віку, соціального статусу, національності, релігійних, політичних переконань та місця проживання.

Ключові слова. *Паліативна допомога у посттоталітарну (пострадянську) епоху, хоспіс, хворі у термінальній стадії захворювання, обмежений прогноз життя, оцінка фізичного стану, знеболення, лікування пролежнів, особливості комплексних клініко-реабілітаційних заходів.*

In article on the basis of literature and experience of the Lviv regional organization of public association «Ukrainian League of palliative and hospice care» some problems of palliative care development in post-totalitarian (post-Soviet) Ukraine were studied. Some features of integrated

care in some patients in the disease terminal stage or prognosis of limited life expectancy in the presence of polymorbid conditions and comorbid diseases, suffering elimination through the early detection and accurate diagnosis of symptoms, pain and other pathology; conducting adequate therapeutic measures, symptomatic (adjuvant) therapy and care, providing psychological, social, spiritual (religious) and other support regardless of disease (nosology), age, social status, nationality, religious, political beliefs and residence place were analyzed and characterized.

Key words. *Palliative care in the post-totalitarian (post-Soviet) years, hospice, patients in the disease terminal stage, limited prognosis of life, assessment of physical condition, anesthesia, treatment of pressure ulcer (bedsores), features of complex clinical and rehabilitation measures.*

Постановка проблеми. У зв'язку з постарінням населення України, зростанням онкозахворюваності, патології серцево-судинної системи [1-3, 8] та соціальними чинниками особливо гостро постають аспекти надання медичної допомоги у термінальній стадії захворювання, пом'якшення страждань у кінцевій стадії хвороби та забезпечення хворого (за умови обмеженого прогнозу життя) необхідною людською опікою та підтримкою, як терплячої особи, що не має надії на одужання [3, 4, 6, 7]. Концепція радянської медицини передбачала максимальне продовження життя людини без філософського осмислення питань якості життя і моральної цінності, доцільності і необхідності продовження життя в будь-яких випадках, навіть при так званих термінальних «вегетативних» станах [1, 5, 10]. Геронтологічні відділення та інститути геронтології не могли в достатній мірі компенсувати всі проблеми догляду та лікування, тому що інкурабельні стани з негативним прогнозом можуть виникати у будь-якому віці [1, 9]. Підтримка хворих з обмеженим життєвим прогнозом зводилася, як правило, до роботи соціальних служб, а медикаментозна терапія в умовах стаціонарів (часто непрофільних відділень) не передбачала комплексного підходу, не реалізувала потреб у спілкуванні, психологічній підтримці, не кажучи вже про духовний супровід (релігія в СРСР, як відомо, була «поза законом») [1, 3, 7, 9, 10]. При домінуванні марксистської філософії в тоталітарних країнах радянського спрямування розвиток паліативної медицини як комплексного підходу був неможливим через ідеологічну відсутність ставлення до людського життя як до найвищої цінності [1, 10]. Таке явище, як хоспісна та паліативна допомога в Україні та в пострадянському просторі почало активно розвиватися лише вже у 1996 році зі зміною світоглядної парадигми [1, 3, 7, 9, 10]. Оскільки тоталітарні системи не сприймали людське життя як цінність, то й мови не могло йти про, скажімо, духовну підтримку невиліковно хворих (церква була під забороною) [10]. Ціллю паліативного лікування не є скорочення чи продовження життя, а цілковита опіка людською особою забезпечення «природності» останніх днів існування та кінця життя [1, 4, 6]. Природний процес смерті, котрий не є пришивдшеним або відтермінованим, зберігає таким чином, як філософська та моральна категорія «своє власне місце в часі» [1, 5, 9, 10]. При обмеженому прогнозі не робиться вплив на тривалість життя, а лише на його якість [3, 4, 6, 7].

Мета статті. На основі даних літератури та досвіду роботи Львівського осередку Львівської обласної організації ГО «Українська Ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» охарактеризувати особливості надання комплексної допомоги пацієнтам у термінальній стадії захворювання або за умови обмеженого прогнозу життя, дослідити основні проблеми та шляхи їх подолання.

Виклад основного матеріалу. Паліативна допомога сьогодні вже не обмежується доглядом у кінці життя, проте клінічні стратегії, концепції та послуги хоспісу і паліативних відділень відрізняються навіть в різних країнах. Паліативна допомога онкологічним хворим надається у спеціалізованих відділеннях онкологічних інститутів і клінік (Австралія, Німеччина) або існує служба амбулаторної допомоги удома (США, Італія, Франція, Фінляндія) [3, 5]. Навіть в

країнах, ресурси яких досить обмежені, можна успішно надавати паліативну допомогу. В Європі вирішувати проблеми паліативної допомоги почали ще у 80-х, а у 1988 році було створена Європейська Асоціація паліативної догляду (ЕАРС), що об'єднує волонтерів, зусилля яких спрямовані на розробку підходів до паліативного лікування, соціальної роботи, культурних і антропологічних питань приречених хворих, включаючи психологічну та духовну підтримку (релігійний супровід, капеланство) [3, 7, 9]. Члени організації представляють різні країни та всі напрямки медицини, що стосуються догляду за пацієнтами з прогресуючими і термінальними формами раку та іншими захворюваннями на дому, реалізації комплексного підходу щодо «переходу» пацієнтів з одного виду обслуговування на інший після комплексної міждисциплінарної оцінки фізичного стану, наявності ускладнень, що погіршують якість життя, ступеня больового синдрому та розладів функцій життєдіяльності, психоемоційних, когнітивних та культурних особливостей, максимально можливого та всебічного врахування потреб і побажань пацієнта та його родини, прогнозу прогресування захворювання та тривалості життя, надання психологічної, соціальної, духовної та моральної підтримки незалежно від захворювання, віку, соціального статусу, національності, релігійних і політичних переконань та місця проживання [1, 4, 5, 9, 10]. Ці ж підходи успішно впроваджуються та реалізуються в Україні, зокрема на Львівщині [5, 10]. Паліативна опіка може успішно здійснюватися лише за умови співпраці і спільної турботи про невиліковно хворих лікарями різного профілю, священниками, соціальними працівниками, волонтерами, родичами та приятелями [1, 5]. Паліативна медицина в багатьох країнах Європи – це розвинута галузь охорони здоров'я для забезпечення, підтримки і покращення якості життя тяжких хворих, зокрема онкологічних, інвалідів та психосоціальної підтримки їх родичів за допомогою усього арсеналу засобів сучасної медицини [3-7]. В Україні у посттоталітарну (пострадянську) епоху паліативна допомога, як підхід, що дозволяє покращити якість життя пацієнтів з невиліковними захворюваннями, почав розвиватися з кінця 90-х років ХХ століття. У цей час були відкриті перші українські хоспіси – в 1996 році у м. Львові, в 1997 – в м. Івано-Франківську [10]. Ці хоспіси залишаються провідними установами з надання стаціонарної та амбулаторної паліативної допомоги населенню [4-7, 9, 10]. У 1999 р. було створено Асоціацію малоінвазійної та паліативної терапії, що долучилася до робочої групи з паліативної допомоги у Східній і Центральній Європі (ЕСЕРТ) з метою поширення рекомендацій Ради Європи стосовно залучення системи паліативної допомоги до системи національної політики, розробила Маніфест хоспісного руху в Україні [10]. У 2002 р. засновано Всеукраїнську благодійну організацію «Рада захисту прав та безпеки пацієнтів», яка за підтримки Міжнародного фонду «Відродження» вперше поставила перед громадськістю України соціально важливе питання про забезпечення прав пацієнтів та їх лікування наприкінці життя. У 2007 р. було створено Всеукраїнську Асоціацію паліативної допомоги [4-7, 9, 10]. На кафедрі сімейної медицини, кафедрах терапії і внутрішньої медицини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького та у відділеннях комунальної 4 міської клінічної лікарні м. Львова значна увага та велика кількість клінічних напрацювань і досліджень присвячені особливостям клініко-реабілітаційних, зокрема інтервенційних заходів в умовах неспеціалізованих і спеціалізованих відділень, – геронтологічним хворим, пацієнтам у термінальній стадії захворювання або з обмеженим прогнозом життя, профілактиці і лікуванню пролежнів, аспектам надання комплексної допомоги в умовах поліморбідних та коморбідних станів [2, 8]. Принципово важливими кроками на загальнодержавному рівні стало створення у 2008 р. Інституту паліативної та хоспісної медицини, як головного науково-дослідного та організаційно-методичного закладу МОЗ України з надання паліативної і хоспісної допомоги та у 2010 р. – кафедри паліативної та хоспісної медицини у Національній медичній

академії післядипломної освіти імені П. А. Шупика для підготовки лікарів та медичних сестер з цього медико-соціального напрямку [5-7]. У 2011 р. створено Всеукраїнську громадську організацію «Українська Ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги», яка об'єднала громадських діячів, медиків, волонтерів, представників громадських та державних інституцій, які опікуються розвитком паліативної допомоги в Україні [4, 5, 9, 10]. В результаті експертних зустрічей, круглих столів, прес-конференцій Міжнародної правозахисної організації «Human Rights Watch», з урахуванням звіту «Неконтрольований біль. Зобов'язання України забезпечити надання паліативної допомоги згідно з принципами доказової медицини», за ініціативи Інституту паліативної та хоспісної медицини Міністерства охорони здоров'я України було розроблено Формуляр лікарських засобів з надання паліативної і хоспісної допомоги та затверджені Клінічні протоколи боротьби з болем в паліативній онкології, що передбачає застосування опіоїдних анальгетиків [4, 7, 10].

Медперсонал відділень паліативної допомоги за умови обмеженого прогнозу життя пацієнта повинен утримуватись від застосування нестандартних методів терапії, які на думку лікуючого лікаря та консилиуму, не принесуть реальної користі хворому [1, 5-7, 9]. Відмова хворого від лікування (повністю або частково) в умовах поліморбідності не звільняє лікаря від обов'язку допомоги помираючому, призначення догляду та клініко-реабілітаційних заходів щодо необхідної корекції взаємообтяжуючих коморбідних станів та препаратів для полегшення страждання, профілактики пролежнів та вторинної профілактики інших ускладнень (зокрема гнійних та гнійно-септичних) [2, 7, 8], застосування адекватного ефективного знеболення, медикаментозної терапії, хірургічних та інших методів лікування [2, 8], кваліфікованого медичного догляду за умов обмеженого прогнозу щодо життя, коли можливості спеціалізованого лікування основної хвороби є обмеженими або, з точки зору сучасних наукових уявлень, безперспективними [1, 3, 4, 6, 7]. Також здійснюється своєчасна діагностика гострої патології, що вимагає невідкладного, у тому числі, хірургічного втручання [2, 8], госпіталізація та короткотривалий перевід у інші відділення (лікарні) при необхідності для проведення інтенсивної терапії, вузькоспеціалізованих інтервенцій [1, 9, 10]. Необхідна чітка організація системи догляду, дієти і режиму, заходів по створенню сприятливого психологічного клімату для хворого. Працівниками відділення здійснюється розпізнавання типу супутніх психоемоційних порушень та їх корекція, використання загальнооздоровчих заходів. Застосування психотропних препаратів, які пом'якшують чи зменшують сприйняття та усвідомлення хворим тяжкості своєї хвороби здійснюється з дотриманням принципів онкологічної деонтології і підтримкою у хворого надії в кінцевому сприятливому результаті лікування. Усі заходи та медичні інтервенції забезпечуються цілодобовим чергуванням і обслуговуванням командою професіоналів (лікарі, медсестри, дієтологи, психологи, священники, страхові агенти) і підготовлених добровольців [1, 4-7, 9]. Догляд за хворими з обмеженим прогнозом життя включає контроль за фізіологічними випорожненнями як природним шляхом, так і через протиприродні отвори, догляд за виразками і ранами, профілактику і лікування пролежнів [7-10]. Створення фізичного і психологічного комфорту є суттю паліативного догляду, реалізація якого можлива винятково при вирішенні першої проблеми – знеболення [3, 4, 6]. Усунення болю посідає перше місце серед заходів, які проводяться в хоспісі [1, 6, 7, 9, 10]. Трьохступенева система знеболення, яка рекомендована ВООЗ реалізується з врахуванням інтенсивності болю, фармакодинаміки і фармакокінетики, шляхів введення препаратів, взаємодії знеболювальних препаратів та їх комбінацій, ад'ювантів і коанальгетичних засобів [1, 4, 6, 7]. Наш досвід лікування больового синдрому показав, що у разі правильно підібраної схеми лікування з одночасним вирішенням психологічних та соціальних проблем як хворого, так і його родини можна досягти задовільного знебо-

лювального ефекту, адекватного комфортного психологічного стану пацієнта і значно скоротити застосування наркотичних засобів [5-8, 10]. Психологічний вплив досягається зусиллям як медичного персоналу, так і спеціально підготовлених психологів, психотерапевтів і духовних осіб (зокрема із запровадженням медичного хоспісного капеланства, волонтерської психологічної та духовної підтримки). Замість заперечення смерті, коли прогноз очевидний, альтернативою неефективного застосування лікарських засобів є програми психологічної підтримки, які розглядають і реалізують філософське тлумачення смерті як частини продовження життя [3, 5, 7, 9, 10].

На обліку в Львівському осередку Львівської обласної організації ГО «Українська Ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», згідно реєстру, станом на 2019 р. – перший квартал 2020 року є 29 осіб – членів Організації. На даний час Львівська обласна організація ГО «Українська Ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» працює згідно з трьохрівневою системою надання паліативно – хоспісної допомоги: на первинній ланці медичної допомоги невиліковно хворі пацієнти отримують допомогу шляхом відкриття паліативу на дому. У хоспісних і паліативних медичних закладах Львівщини, зокрема у комунальному некомерційному підприємстві «4 міська клінічна лікарня» м. Львова надається загальна та спеціалізована паліативна допомога пацієнтам з обмеженим прогнозом життя. Загальна паліативна допомога – це паліативна допомога, яка надається паліативним хворим лікарями-спеціалістами відповідно до їхньої спеціалізації амбулаторно та у стаціонарних закладах охорони здоров'я другого і третього рівня [4-7]. Спеціалізована паліативна допомога надається у особливого типу відділеннях та палатах паліативної допомоги стаціонарних закладів лікарями та молодшими медичними спеціалістами, які одержали спеціальну підготовку з надання паліативної та хоспісної допомоги, та вдома фахівцями спеціалізованих мультидисциплінарних мобільних бригад паліативної допомоги [6, 7, 9, 10]. Основна координуюча роль в організації та проведенні паліативної допомоги наслідків протипухлинного лікування, супутньої патології та інших комбінованих патологічних станів з несприятливим для життя прогнозом в умовах взаємнообтяжуючої поліморбідності відводиться дільничному (сімейному) лікарю, який безпосередньо спостерігає за хворим і залучає до лікування, у разі необхідності, спеціалістів інших профілей [3-7]. При цьому рішення про перехід від радикального до паліативного лікування є обов'язком вузьких спеціалістів і приймається колегіально на підставі ретельної оцінки результатів попередньої терапії і прогнозу подальшого перебігу хвороби [1-3, 7, 8]. Співпраця з волонтерами, започаткована у ВПД КНП «4-а МКЛ м. Львова» у 2018 році. На волонтерських засадах функціонує духовний супровід пацієнтів. У відділенні паліативної допомоги КНП «4-а МКЛ м. Львова», спільно з працівниками кафедри сімейної медицини та кафедри ендокринології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького проводиться наукова робота з питань особливостей перебігу і комплексного лікування гнійно-некротичної, комбінованої та поєднаної патології за наявності коморбідних захворювань у паліативних хворих [2, 8]. У роботу відділення впроваджено патенти України на корисні моделі співробітників кафедр та працівників ВПД КНП «4-а МКЛ м. Львова», що підтверджено відповідними актами впровадження. Запропоновано авторську модифікацію класифікації пролежнів м'яких тканин. За показаннями пацієнтам здійснюємо адекватну хірургічну санацію пролежнів з урахуванням авторських методик [2, 8], клінічних алгоритмів і стратегій [3, 4, 6-9] у модифікованій послідовності, яка включає адекватне нутритивне забезпечення (у т.ч. через зонд) з застосуванням (за показами) парентерального харчування, анаболічних стероїдів [1-3, 8]; розвантаження за допомогою стандартних ортопедичних засобів; за необхідності – видалення нежиттєздатних тканин із рани що включає некр- та секвестрнекректомію з дренажуванням [2, 8]; поєднання загальної антибіотикотерапії та місцевого застосування антисептиків та антибіотиків;

адекватний догляд, спостереження за динамікою ранового процесу пролежнів та корекцію коморбідної патології [1-3]. Оцінка якості життя визначається, з одного боку, ефективністю паліативного лікування, з іншого, залежить від спокійної, зваженої оцінки хворим своїх реальних можливостей, життєвих цінностей і пріоритетів [1, 3, 4, 6, 9]. Реалізується Програма розвитку паліативної допомоги на 2018 – 2022 роки, затверджена Львівською міською радою. На базі «Тренінгового центру» проводяться навчання медичних сестер з питань надання паліативної допомоги. Отримано гуманітарні вантажі, в т.ч. спецінвентар, меблі, засоби догляду. З 3 ІІ декади грудня 2019 року в КНП «4-а МКЛ м. Львова» функціонує виїзна бригада для надання паліативно – хоспісної допомоги пацієнтам міста.

Висновки. Тоталітарна доба знецінює людину і не розглядає людське життя як найвищу цінність. Тому в Україні за радянських часів не могла і йти мова про таку медичну парадигму. Лише після розпаду Радянського Союзу вказаний напрямок набув потужного розвитку. Анонсована ГО «Українська Ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» та впроваджена Львівською обласною організацією Ліги система надання паліативно-хоспісної допомоги є адекватною та клінічно обґрунтованою, передбачає повноцінну реалізацію клінічних стратегій та локальних протоколів лікування хворих за умови обмеженого прогнозу життя, сумнівному прогнозі одужання чи покращення стану або повноцінного відновлення функцій життєдіяльності. Основні принципи та шляхи надання медичної допомоги невиліковним хворим та вторинної профілактики ускладнень, зокрема пролежнів, в умовах поліморбідності та коморбідності реалізуються після визначення основних причин погіршення самопочуття і стану хворого, провідних ланок пато- та морфогенезу патологічних синдромів, неспецифічних і специфічних ускладнень, протипухлинного лікування, супутньої патології, нервово-психічних реакцій. Паліативна допомога в Україні у посттоталітарну (пострадянську) епоху та, зокрема, на Львівщині розвивається як комплексний підхід щодо медичного, соціального, психологічного та духовного супроводу процесу вмирання, який не є пришвидшеним або відтермінованим, тобто, як філософська та моральна категорія, зберігає природність та повноцінність. У процесі створення клінічних протоколів і стратегій лікарі зобов'язані, якщо це можливо, полегшити страждання паліативних пацієнтів, керуючись прогнозом тривалості та критеріями якості життя.

Література

1. Бондар Г.В., Вітенко І.С., Попович О.Ю., Нальотів С.В. Паліативна медична допомога. Навчальний посібник для студентів V-VI курсів, лікарів – інтернів та сімейних лікарів. Електронний ресурс. URL: <https://elsaprof.ru/uk/concepts-and-principles-of-providing-a-palliative-to-the-adult-population-and-children-what-is-palliative-care.html>.
2. Вергун А.Р. Спосіб прогнозування ризику проведення повторних некретомій у хворих з пролежнями м'яких тканин. // Патент України на корисну модель №114267, МПК. А61В17/00, опубл. 10.03.2017 р., бюл. № 5.
3. Данилюк К. В. Сучасний зарубіжний досвід застосування організаційного механізму державного управління паліативною та хоспісною допомогою // Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. Серія : Державне управління. – 2017. – № 2. – С. 79-86.
4. Золотарьова Ж.М. Обґрунтування моделі удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичного персоналу для надання паліативної допомоги. Рукопис. Дис. канд. мед. наук. – Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, 2015. – 287 с.
5. Історія розвитку паліативного руху в Україні та світі. ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» 27 жовтня 2013 р. Електронний ресурс. URL: <http://ligalife.com.ua/206/>.
6. Кабінет міністрів України. Розпорядження. Про схвалення Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні на період до 2027 року. Проект (неофіційний текст). Електронний ресурс. URL: http://search.ligazakon.ua/1_doc2.nsf/link1/NT2577.html.

7. Лунячек В.Е., Мельниченко О.А., Мельниченко В.О. Паліативна допомога населенню: сутність, елементи, напрями розвитку. // Теорія та практика державного управління. – 2013. – Вип. 4. – С. 10-17.

8. Макагонов І.О., Вергун А.Р., Чуловський Я.Б., Кіт З.М., Вергун О.М. Авторські погляди на комплексне лікування ускладнених пролежнів м'яких тканин з позицій клінічних стратегій у відділенні паліативної допомоги. // Клінічна та експериментальна патологія. – 2016. – Т. 15, № 3. – С. 69-75.

9. Надання паліативної допомоги дорослим. Поняття і принципи надання паліативу дорослому населенню та дітям. Електронний ресурс. URL. <https://virusz.ru/the-recovery-process/palliative-care-for-adults-concepts-and-principles-of-providing-a-palliative-to-the-adult-population-and-children.html>.

10. Паліативна та хоспісна допомога в Україні. Минуле. 06.06.2019. Електронний ресурс. URL. <https://www.prostir.ua/?news=paliativna-ta-hospisna-dopomoha-v-ukrajini-mynule>.

УДК 371(091)(521)

ТОТАЛІТАРИЗМ І ОСВІТА

Анатолій Вихруц

*доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри української мови
Тернопільського національного медичного
університету імені І.Я. Горбачевського*

Для розуміння причин і наслідків тоталітаризму необхідно аналізувати це явище як складну, добре продуману систему, яка поєднує політичні, соціальні, економічні, військові, ідеологічні, психологічні, педагогічні чинники. Український досвід викликає особливий інтерес так як наша країна була своєрідним полігоном на якому випробовувалися майже всі відомі тоталітарні моделі. Актуальними залишаються проблеми посттоталітарної ментальності в умовах інформаційної, гібридної війни. Зауважимо, що ідеологи тоталітарних режимів успішно використовують особливості країн, які обрали демократичний шлях розвитку, в яких свобода слова стає нормою, для пропаганди і поширення своїх ідей.

Ключові слова. Тоталітаризм, освіта, виховання, ідеологія.

To understand the causes and consequences of totalitarianism, it is necessary to analyze this phenomenon as a complex, well-designed system that combines political, social, economic, military, ideological, psychological, pedagogical factors. The Ukrainian experience is of particular interest as our country was a kind of testing ground where almost all known totalitarian models were tested. Problems of post-totalitarian mentality in the conditions of information and hybrid war are still relevant. It must be noted that the ideologues of totalitarian regimes successfully use the features of countries that have chosen a democratic path of development, in which freedom of speech becomes the norm, to promote and disseminate their ideas.

Keywords. Totalitarianism, education, upbringing, ideology.

Проблема тоталітаризму стала однією з найважливіших у минулому столітті. Дослідники будуть не один раз повертатися до питань цілковитого контролю над суспільним життям, який відзначається дедалі витонченішими формами маніпулювання свідомістю. Відзначимо декілька особливостей. По - перше, С.В. Кульчицький слушно зауважив, що цей термін знайшов схвалення в Італії як серед опонентів режиму, так і серед ідеологів фашизму. По - друге, популярне визначення 1952 року, прийняте на міжнародному симпозиумі політологів у США, згідно з яким тоталітаризм це «закрита і нерухома соціокультурна і політична структура, в якій будь-яка дія - від виховання дітей до виробництва й розподілу товарів - спрямовується і контролюється з єдиного центру»,